



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Cuidar a criança com condição crónica: trabalho
emocional do enfermeiro com a família**

Ana Bárbara Cebola Ferreira

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Cuidar a criança com condição crónica: trabalho
emocional do enfermeiro com a família**

Ana Bárbara Cebola Ferreira

Orientador: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e restante família, em especial à minha mãe, pelo incentivo, apoio incondicional e por acreditarem de verdade em mim.

Ao meu avô, por demonstrar tanto orgulho e me dar, ainda que inconscientemente, sempre força para continuar.

Ao Jorge, por todo o amor, compreensão e paciência nos dias mais difíceis. Por tolerar as minhas ausências e me incentivar nos momentos mais tortuosos.

Às minhas colegas de equipa, pela ajuda e disponibilidade. Especialmente, à Patrícia e à Inês, por serem colegas, mas também amigas.

Às minhas amigas de sempre, por consentirem ausências em momentos importantes, acreditarem no meu valor e falarem sempre com carinho “da sua enfermeira”.

À Professora Paula Diogo, pela partilha de conhecimento, pela disponibilidade constante e pela sua paixão pela enfermagem, que tão bem transmite.

A todas as crianças e famílias com quem me cruzei ao longo de todo o percurso.

Por último, à minha avó, a estrela mais brilhante. Mesmo sem saber, guiou a minha vida profissional e o meu percurso na enfermagem.

A todos, o meu obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

OE – Ordem dos enfermeiros

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço nacional de saúde

SUP – Serviço de urgência pediátrica

TEEP – Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

UCIN – Unidade de cuidados intensivos neonatais

USF – Unidade de saúde familiar

RESUMO

Com o desenvolvimento das ciências da saúde, a esperança média de vida das crianças com condição crónica aumentou, passando a ser um dos principais fatores determinantes nas hospitalizações pediátricas. Com este desenvolvimento, existe a necessidade de munir a família de competências na prestação de cuidados à criança bem como na gestão das emoções, sendo por isso o enfermeiro uma entidade fulcral no acompanhamento da criança e da respetiva família. Assim, este relatório foi desenvolvido sobre a temática do cuidar da criança com condição crónica, tendo como objeto de estudo o trabalho emocional do enfermeiro, com enfoque na família.

O objetivo deste relatório, prende-se pela descrição e análise do percurso formativo, que foi concretizado no decorrer da elaboração de cinco contextos de estágio diferentes, desenvolvendo assim competências como enfermeira especialista na área de saúde infantil e pediátrica. Este tem por base uma metodologia reflexiva, essencial para desenvolver conhecimentos e ancorado em conceções teóricas. Os referenciais teóricos que sustentaram todo o percurso, são a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson e o modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica de Paula Diogo.

Das atividades de estágio desenvolvidas, destacam-se: a identificação das necessidades emocionais da criança e da família, a entrevista a perito para explorar a dimensão emocional do cuidar, jornais de aprendizagem e reflexões escritas acerca da teoria do cuidado transpessoal e do modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Estas atividades permitiram sensibilizar e alertar, as diferentes equipas de enfermagem, para a importância do trabalho emocional e para a implementação deste conceito nos diferentes contextos, tendo também permitido que desenvolvesse a minha reflexão escrita.

Palavras-chave: Enfermagem, Emoções, Criança, Família, Doença crónica

ABSTRACT

With the development of health sciences, the average life expectancy of children with a chronic condition has increased, becoming one of the main determining factors in pediatric hospitalizations. With this development, there is a need to provide the family with skills in providing care to the child as well as in the management of emotions. Thus, this report was developed on the theme of caring for children with a chronic condition, having as an object of study the emotional work of nurses, with a focus on the family.

The objective of this report is related to the description and analysis of the training path, which was carried out during the elaboration of five different internship contexts, thus developing skills as a specialist nurse in child and pediatric health. This is based on a reflective methodology, essential to develop knowledge and anchored in theoretical concepts. The theoretical references that supported the entire journey are Jean Watson's theory of transpersonal care and Paula Diogo's model of emotional work in pediatric nursing.

Of the internship activities developed, the following stand out: the identification of the emotional needs of the child and the family, the expert interview to explore the emotional dimension of caring, learning journals and written reflections about the theory of transpersonal care and the model of emotional work in pediatric nursing. These activities made it possible to raise awareness and alert the different nursing teams to the importance of emotional labor and the implementation of this concept in different contexts and allowed me to develop my written reflection.

Keywords: Nursing, Emotions, Child, Family, Chronic Illness

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	
1.1. Cuidar em Pediatria: principais concepções da atualidade	11
1.2. Vivências emocionais da criança com condição crónica e família	14
2.3. Trabalho emocional do enfermeiro com a família da criança com condição crónica	17
2. PROBLEMÁTICA	22
3. METODOLOGIA	23
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	25
4.1. Serviço de urgência pediátrica	26
4.2. Cuidados de saúde primários	31
4.3. Serviço de internamento de pediatria	35
4.4. Serviço de reabilitação pediátrica e de desenvolvimento	40
4.5. Unidade de cuidados intensivos neonatais	44
5. PROJETOS FUTUROS	50
6. CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma

Apêndice II - Guia orientador das atividades de estágio

Apêndice III - Jornal de aprendizagem: Serviço de urgência pediátrica

Apêndice IV - Entrevista a perito

Apêndice V - Diário de campo de consulta de saúde infantil

Apêndice VI - Reflexão sobre aplicabilidade do modelo TEEP numa USF

Apêndice VII - Cuidar da criança e jovem: como adequar estratégias de comunicação?

Apêndice VIII - Sessão de formação: Cuidar da criança com condição crónica –
Estratégias que minimizam emocionalidade intensa vivida pela família

Apêndice IX - Jornal de aprendizagem: Sentimento de normalização da família da
criança com condição crónica

Apêndice X - Reflexão sobre aplicabilidade dos dez elementos da teoria de Jean
Watson ao contexto do serviço de reabilitação e desenvolvimento

Apêndice XI - Reflexão sobre a articulação dos dez elementos do processo *clinical* da teoria de Watson com as cinco categorias de intervenção do modelo TEEP

ANEXOS

Anexo I - Certificado de participação na reunião científica “Stress pós-traumático: A parentalidade após a neonatologia”

Anexo II - Certificado de participação no curso “Terapêuticas inovadoras: perspectivas de enfermagem”

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que se encontra integrada no 12.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A **finalidade** do mesmo é descrever e analisar o percurso formativo ao longo de dezoito semanas, em cinco contextos diferentes de cuidados, de modo a desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área de saúde infantil e pediátrica, e ainda de mestre em Enfermagem. Esta reflexão desenrola-se em torno de uma problemática relevante no que aos cuidados pediátricos diz respeito, neste caso, a criança com condição crónica e o trabalho emocional do enfermeiro com a família da mesma.

A **problemática** foi definida com base na conjugação de diferentes fatores, nomeadamente a minha experiência profissional. Exerço funções como enfermeira numa unidade de internamento de pneumologia pediátrica e unidade de cirurgia pediátrica, onde frequentemente cuido da criança com condição crónica e, concomitantemente, da sua família. Testemunho regularmente as vivências emocionais pelas quais a criança, a família e o enfermeiro se deparam, e o impacto que um diagnóstico de condição crónica imprime em todos. Além disso, com o desenvolvimento das ciências da saúde, a esperança média de vida destas crianças tem vindo a aumentar, o que leva não só a uma maior intervenção por parte das equipas de saúde, mas também a múltiplos desafios (McElfresh & Merck, 2014). A condição crónica é responsável por um terço das hospitalizações pediátricas (Lacerda *et al.*, 2019) e esta é uma realidade que constitui um desafio para a enfermagem, não só do ponto de vista da intervenção na globalidade das suas dimensões, mas também da gestão emocional enquanto dimensão específica (Diogo *et al.*, 2020). E é esta dimensão emocional que foi mais aprofundada neste percurso formativo.

A profissão de enfermagem, no preconizado paradigma da transformação (Kérouac *et al.*, 1994), inscreve-se na abordagem holística e também, na escola de pensamento do cuidar, onde se destaca a teoria do cuidado transpessoal. A conceção de enfermagem dominante, que orientou a experiência de estágio e que procurei espelhar neste relatório é, então, a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, que defende que o cuidado não se pode revelar indiferente das emoções humanas (Watson, 2018), e são muitas as emoções intensas e perturbadoras que a criança com condição crónica e a sua família vivenciam. Uma práxis orientada pelo cuidado

humano, amor e compaixão permite experienciar a enfermagem como uma profissão de cuidar (Watson, 2008, 2018).

O modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019) explícita e orienta os cuidados de enfermagem prestados com enfoque nas emoções e na importância das mesmas, e promove o trabalho emocional que é responsável pelo desenvolvimento de uma relação de proximidade e afetividade entre criança, família e enfermeiro com intencionalidade terapêutica (Diogo, 2015; Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). Assim, o modelo TEEP em conjugação com a teoria de Jean Watson, ambos constituem o referencial teórico dominante que guiou a realização dos estágios e, conseqüentemente, fundamenta as intervenções de enfermagem em contexto formativo apresentadas no presente relatório.

Este relatório encontra-se dividido em **seis capítulos principais**: no primeiro, é apresentado o enquadramento teórico-conceitual onde é descrito o referencial teórico, explicitado os conceitos metaparadigmáticos, bem como outros conceitos relevantes, nomeadamente a diferenciação entre doença e condição crónica. O segundo capítulo diz respeito à explicação da problemática, sendo descrito o tema geral, o problema e o objeto de estudo. O terceiro capítulo é direcionado à metodologia, sendo apresentada uma explicação da mesma. O quarto capítulo descreve o percurso formativo, os objetivos, as atividades, tal como o desenvolvimento de competências do EEESIP. Este capítulo encontra-se dividido em cinco subcapítulos referentes a cada contexto de estágio, ordenados por ordem de realização dos mesmos. No quinto capítulo são apresentados os projetos futuros e no sexto capítulo a conclusão, onde está redigida a reflexão final alusiva à concretização dos objetivos e percurso formativo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1. Cuidar em Pediatria: principais concepções da atualidade

Ao longo do desenvolvimento da disciplina de enfermagem, fomos influenciados na forma como perspetivamos o cuidar pelos vários paradigmas existentes em cada época. Estes paradigmas são “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 1998, p.13) sendo que, historicamente, muitos defendem que foi a partir de Florence Nightingale que começaram a surgir as primeiras questões relacionadas com a teoria (Carpinteira, Sanchez, Pereira & Castro, 2014) e, portanto, o início da Ciência de Enfermagem.

O atual paradigma da enfermagem em utilização, o paradigma da transformação, representa uma clara mudança nas mentalidades, tendo surgido num contexto onde se começava a reconhecer nas pessoas a sua capacidade para serem parceiros nas decisões de saúde que a si lhe dizem respeito (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018). Deste paradigma emerge o modelo holístico, bem como duas escolas de pensamentos: a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar, onde se destaca a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

O cuidado de enfermagem holístico é um cuidado que envolve não só a mente, mas também o corpo e o espírito do cliente, integrando numa cultura que valoriza e apoia a relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente, resultando num cuidado individualizado que cuida da pessoa como inteira e que tem como base a integridade, harmonia e a cura (McEvoy & Duffy, 2008) mas no que diz respeito *healing*, isto é, à restauração, à reconstituição, ao equilíbrio interno e externo da pessoa (Watson, 2018).

Segundo a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, o nosso cuidar não se pode revelar indiferente às emoções humanas (Watson, 2018) e são muitas as emoções que a criança com condição crónica e a sua família experienciam.

Na perspetiva de Watson (2018) o cuidar tem o objetivo não só de proteger, como também melhorar e preservar a dignidade humana, sendo o ideal moral da enfermagem (Watson, 2002) e a mesma refere-se aos momentos de cuidado humano, como momentos transpessoais, pois o momento do cuidado transcende o tempo, o

espaço e a presença física, criando um campo de possibilidades (Watson, 2005, 2018). Ao longo do tempo em que foi desenvolvida a sua teoria, também a linguagem foi modificada, passando do termo *caring* para o termo *carative* e posteriormente para o termo, que a mesma descreve como mais abrangente, *caritas* (Watson, 2018). O termo *caritas* vem do latim e representa compaixão, caridade e generosidade de espírito (Watson, 2008, 2018) e sendo que a autora pretendia dar ao termo cuidar um significado mais profundo, mais ético e mais de humano para humano, passou a ser este o termo adotado (Watson, 2018). Deste modo, com o termo *caritas* e unindo o cuidar e o amor de uma forma clara, Watson não só coloca a enfermagem de forma explícita dentro do paradigma transformador, mas também torna mais explícitas as conexões entre o cuidar, o amor e a cura/*healing* (Watson, 2018). Ao incluirmos e unirmos o cuidar e o amor no nosso meio laboral e pessoal, podemos descobrir e afirmar que a enfermagem é mais do que uma profissão e que ajuda a sustentar a dignidade humana e a humanidade (Watson, 2008, 2018). A autora defende, ainda, que os enfermeiros devem prestar atenção ao seu *Self*, cuidar de si, promover o autoconhecimento e consciência de si, das suas emoções e espiritualidade, para prover cuidados humanizados (Watson, 2012, 2018).

Em contexto de cuidados pediátricos, cuidar em enfermagem pressupõe que os enfermeiros demonstrem compaixão e empatia sendo que os aspetos do cuidar englobam não só o conceito de cuidado não traumático como o desenvolvimento de uma relação terapêutica com os clientes (Hockenberry & Barrera, 2014), e que o cliente é visto como o binómio indissociável criança ou jovem e a família (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A filosofia de cuidados pediátricos assenta também nos cuidados centrados na família e nos cuidados não traumáticos (Hockenberry & Barrera, 2014), sendo esta primeira fundamental para a prestação de cuidados que permitam atenuar a emocionalidade negativa perante os processos saúde-doença da criança.

Este cuidado em pediatria apresenta diversas especificidades, existindo por isso o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem (2015) que define que o enfermeiro especialista nesta área deve adequar os conceitos metaparadigmáticos que já conhece, de forma a dar resposta a esta área especializada do cuidar. Os conceitos metaparadigmáticos são quatro: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem.

O conceito de **pessoa** é descrito como a criança/jovem e a família. A criança é vista como “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de

doença crónica, incapacidade ou deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661) e a família é a unidade que “compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661).

A **saúde** é definida como um processo que é contínuo, dinâmico e variável no tempo, que traduz a importância de potenciar o crescimento e o desenvolvimento da criança/Jovem através da “optimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661). Estando presente, esta permite à criança/jovem alcançar o máximo do seu potencial, não a dissociando do binómio já referido da família (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O **ambiente** é definido como proporcionador de estímulos a vários níveis que deverão ser promotores de saúde, de sustentação emocional e de cuidar, bem como de promoção da independência e do desenvolvimento da criança/jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Não obstante, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica devem ter em conta os fatores protetores e de stress associados às vivências da criança/jovem devendo focar “a sua intervenção na interdependência criança/jovem/família e ambiente” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661).

Os **cuidados de enfermagem** englobam os conceitos de pessoa, saúde e ambiente e “tomam por foco de atenção a promoção da autonomia” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661) tendo como finalidade a “promoção das competências da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661).

A carta da criança hospitalizada defende que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Instituto de Apoio à criança, 1988, p.16) e esta é também a premissa que revela a importância de um cuidar que tenha em conta todas as dimensões da criança, nomeadamente a dimensão emocional.

As crianças e jovens experienciam uma emocionalidade que apresenta características diferentes ao longo dos diversos estádios de desenvolvimento (Diogo, 2015) e os próprios enfermeiros, durante a prestação de cuidados, vivenciam também eles uma emocionalidade, que deve ser gerida, para que possam cuidar de forma exímia (Diogo, 2019). O enfermeiro, é responsável por atuar na área da perspectiva das emoções “pois a emocionalidade intensa e o sofrimento são inerentes ao

processo saúde-doença” (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021, p.2). Este cuidar em enfermagem pediátrica, inclui, como já referido, a criança e a sua família, quer na promoção do processo de desenvolvimento da criança, quer em caso de doença, através do apoio que deve ser concedido à criança e família no processo de transição existente. Ambas as situações, ou seja, quer o processo de desenvolvimento da criança, quer a situação de doença, vão levar a experiências emocionalmente intensas. Deste modo, a enfermagem como ciência do cuidar não pode dissociar-se das emoções humanas, devendo existir uma compreensão das emoções e uma partilha, para que se desenvolva um cuidado emocional competente (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021).

De modo a prestar cuidados de enfermagem com enfoque nas emoções e na importância das mesmas, os enfermeiros podem desenvolver a sua prática baseando-se no modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019). Este promove o trabalho emocional, que é responsável por permitir o desenvolvimento de uma estabilidade na “relação enfermeiro-criança-família e promove um ambiente seguro, empático e afetuoso, o que condiciona positivamente a gestão emocional dos partícipes dessa relação” (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021, p.5).

1.2. Vivências emocionais da criança com condição crónica e família

Um dos principais conceitos deste protejo é a condição crónica na criança e como as vivências desta condição afeta o meio familiar.

Na diversa literatura sobre esta temática, é possível perceber que se utiliza muitas vezes os termos “doença” e “condição” como sinónimos, no entanto, alguns autores defendem uma distinção entre ambos, visto que a utilização do termo “condição” é pensada como um termo mais amplo. Estes autores descrevem que “doença” e “condição” não são sinónimos, mas sim conceitos que se inter-relacionam. Assim, a “doença crónica é inerente à criança e envolve as alterações biológicas que acontecem no seu corpo” (Silva *et al.*, 2014, p.697) enquanto “a condição crónica é mais ampla e complexa, sendo relacionada às diversas situações que são vivenciadas devido ao diagnóstico e tratamento, no âmbito biopsicossocial” (Silva *et al.*, 2014, p.697), e que envolvem também as modificações que acontecem no quotidiano e que afetam a criança e a sua família (Silva *et al.*, 2014). No fundo, a segunda, conduz-nos para uma definição onde a criança e a família são vistas como um ser biopsicossocial e onde o paradigma da transformação e o modelo holístico emergem. Assim, tendo

em conta o referencial teórico previamente descrito, tornou-se relevante a utilização do termo “condição crónica” na redação e desenvolvimento do presente relatório.

A Organização Mundial de Saúde (2018) define a condição crónica com recurso a alguns critérios, nomeadamente, as características da doença, a sua permanência (ou seja, uma doença de longa duração) e as incapacidades ou défices que resultam da mesma. Compas *et al.* (2012) referem que a condição crónica não é mais do que um problema de saúde com uma duração prolongada no tempo, raramente sem cura e que muitas vezes causa dificuldades na realização de atividades da vida diária.

No caso das crianças, um estudo realizado nos Países Baixos define que uma condição é considerada crónica na criança se estiver incluída em quatro critérios: 1) ocorrer em idades compreendidas entre os zero e os dezoito anos; 2) o diagnóstico for baseado em conhecimento científico e poder ser estabelecido através de métodos e instrumentos reproduzíveis e válidos para os profissionais; 3) não existir cura, ou no caso da saúde mental, ser uma doença resistente ao tratamento; 4) estar presente na criança há mais de três meses ou se provavelmente for durar mais de três meses ou se ocorreu mais de três vezes nos últimos doze meses (Mokkink *et al.*, 2008). Segundo Leite *et al.* (2012), a condição crónica pode ser vista como uma condição que vai interferir no funcionamento do corpo da criança por um período prolongado e que determina a necessidade de a mesma ser seguida por profissionais de saúde, sendo que também pode causar alterações no crescimento e desenvolvimento e afetar o dia-a-dia da família. Pickles, Lihn, Boat e Lannon (2020) definem que a condição crónica se caracteriza por ser um problema com base biológica, psicológica ou cognitiva, que apresenta um início gradual e um prognóstico incerto de longa/indefinida duração e que pode gerar incapacidades e requerer cuidados contínuos. O que se apresenta como consensual para os vários autores é o facto de que o termo “condição crónica” surge sempre definido pelo seu tempo de duração e também pelas consequências causadas na criança e família.

A prevalência da mesma nas crianças em Portugal, não se conhece com exatidão podendo-se, no entanto, fazer uma estimativa tendo em conta um estudo realizado no Reino Unido que apresentava uma prevalência de trinta e dois por dez mil indivíduos dos zero aos dezanove anos (Grupo de Apoio à Pediatria, 2014). Sendo que em 2010 existiam cerca de um milhão e novecentas mil crianças, pode-se estimar que existam em Portugal cerca de seis mil crianças e jovens com condição crónica (Grupo de Apoio à Pediatria, 2014). Para além disso, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística podemos aferir que entre 1987 e 2011 faleceram em Portugal

dez mil quinhentas e setenta e uma crianças por doenças crônicas complexas (cerca de vinte sete por cento das mortes) (Grupo de Apoio à Pediatria, 2014).

Estima-se que a condição crônica seja responsável por cerca de um terço das hospitalizações pediátricas. Um estudo desenvolvido, concluiu que, as crianças medicamente complexas e com doença crônica complexa, representam uma parte muito importante do internamento hospitalar pediátrico e da despesa do mesmo (Lacerda *et al.*, 2019). Em contexto hospitalar, o enfermeiro é responsável por cuidar da criança e família em processos de agudização da condição crônica, mas no caso das consultas de desenvolvimento, o enfermeiro tem também uma intervenção de relevo pois é responsável por “proporcionar apoio continuado às crianças com doença crônica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p.9). Além disso, com os desenvolvimentos das ciências da saúde, sabe-se que a esperança média de vida destas crianças tem vindo a aumentar consideravelmente, o que leva a uma maior intervenção por parte das equipas multidisciplinares e também à origem de desafios cada vez maiores (McElfresh & Merck, 2011). Os casos de condição crônica na criança têm aumentado e esta é uma realidade atual que constitui um grande desafio no exercício da enfermagem e que exige vários níveis de intervenção, bem como a valorização da gestão emocional (Diogo *et al.*, 2020).

São múltiplos os desafios que estas crianças e famílias enfrentam de modo a se adaptarem à condição crônica e estes desafios afetam a qualidade das suas vidas. Os processos de adaptação às situações enfrentadas são de natureza universal para todas as condições crônicas e culturas (Christian, 2021).

A notícia de um diagnóstico de condição crônica é um fator de stress para a criança e respetiva família. É uma informação desencadeante de diversas emoções relacionadas com o desconhecido e com a dificuldade inerente aos cuidados necessários à criança. A emocionalidade intensa que é vivida pela família, atinge todos os níveis (fisiológico, intelectual e social) logo a partir do momento em que existe um diagnóstico definido (Diogo *et al.*, 2020). Não obstante, a condição crônica da criança representa-se ainda como um fator de stress que atinge o desenvolvimento da criança bem como as relações sociais da mesma e da família (Silva *et al.*, 2010). A partir do momento em que é determinado um diagnóstico, a vida da criança e da família sofre mudanças e passa muitas vezes a ser guiada pela condição e pelo seu

tratamento, o que na maioria das vezes se traduz num percurso com dificuldades e vários sentimentos, como angústia e incerteza (Silva *et al.*, 2018).

No caso da criança com condição crónica, a família é vista como uma referência no desenvolvimento da mesma e desempenha um papel fundamental pois, na maioria dos casos, são os pais que vão defender os direitos da criança, que vão procurar melhores cuidados e que se tornam os cuidadores principais (Diogo *et al.*, 2020). Nestas situações, a família, para além de ser o recurso da criança, deve também ser vista como um fator de proteção, pois promove a melhoria dos resultados e a adaptação da criança em casos de adversidade (Diogo *et al.*, 2020). De salientar, que nas crianças e famílias ocidentais a viver um processo de condição crónica, encontra-se muitas vezes identificado o conceito de “normalização”. A normalização pode ser definida como um “conjunto de estratégias utilizadas para compreender, aceitar e lidar com a condição crónica da família, bem como o resultado das mesmas, ou seja, o funcionamento familiar harmonioso” (Diogo & Esteves, 2018, p.54) e permite que exista uma reorganização familiar, sem que exista um foco específico na doença. Assim, é importante compreendermos este conceito e orientar a prática de enfermagem para o mesmo.

1.3. Trabalho emocional do enfermeiro com a família da criança com condição crónica

O trabalho emocional do enfermeiro é um conceito que surge no final do ano de 1980, cuja enfermeira investigadora pioneira é Pam Smith. O conceito mencionado encontra-se a ser cada vez mais valorizado, contudo é ainda muitas vezes confundido com conceitos como apoio, suporte, cuidado emocional, entre outros, sendo por isso importante clarificá-lo (Diogo, 2019).

Este não teve a sua génese na área da enfermagem, mas sim na área da sociologia (Vilelas & Diogo, 2014), no entanto, a capacidade de experienciar emoções está presente nos seres humanos. Na enfermagem, ser capaz de gerir as mesmas, faz parte do processo de aprender a cuidar, visto que cuidar “pressupõe uma interação entre pessoas” (Vilelas & Diogo, 2014, p.146) e que qualquer interação pressupõe emoções. Sendo a enfermagem considerada como a arte de cuidar, a gestão das emoções encontra-se intrínseca. Watson (2018) num dos dez elementos do processo *caritas*, descreve a importância de permitir a expressão de emoções positivas ou

negativas e de ouvir de forma autêntica a história e as preocupações do outro de quem cuidamos.

Pam Smith (2012) defende que o trabalho emocional é de natureza especializada, tendo necessidade de ser aprendido, e que os enfermeiros passam por um processo em que não só experienciam emoções que os afetam, mas que também utilizam essas mesmas emoções como forma de melhorar os cuidados prestados, fazendo com que este trabalho das emoções seja centrado em dois: em si mesmo e no cliente (Diogo, 2015, 2019). Para Badolamenti *et al.* (2017) este trabalho emocional é um conceito multidimensional e complexo que se refere à gestão das expressões e manifestações das emoções nas relações interpessoais, de acordo com as exigências do local de trabalho. O mesmo significa mobilizar competências que muitas vezes são invisíveis, tais como dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer a pessoa e ajudá-la a resolver os seus problemas (Smith, 2012) e é centrado em três dimensões: o cliente, o enfermeiro e a relação entre ambos (Diogo, 2019). O trabalho emocional é percebido como um pilar fundamental dos cuidados de saúde pois promove a gestão emocional por parte da pessoa cuidada, levando a um estado de bem-estar e, ainda, a regulação emocional dos profissionais de saúde, prevenindo a exaustão emocional e garantindo “uma atitude de compaixão e presença que promove a humanização dos cuidados de saúde” (Diogo & Mendonça, 2019, p.37). Cuidar pressupõe sempre uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, por isso, Watson (2018) nos pressupostos que definiu sobre o valor de cuidar, defende que temos de nos tratar a nós próprios com bondade e equanimidade antes de podermos aceitar, respeitar e cuidar dos outros e das suas preocupações relacionadas com a saúde, Este pressuposto, prova a importância desta dualidade no conceito de trabalho emocional do enfermeiro.

Na perspetiva da enfermagem pediátrica, Diogo (2019, p. 7) defende que o trabalho emocional incorpora “ações/interações inscritas no processo de cuidados, de dimensão afetivo-emocional, que visam transformar positivamente as vivências emocionais intensas e perturbadoras das pessoas que necessitam de cuidados e também dos próprios enfermeiros” com a intenção de não só promover a qualidade dos cuidados, bem como promover o bem-estar das pessoas em interação.

No âmbito deste trabalho emocional em enfermagem pediátrica, existe o Modelo TEEP desenvolvido através de um processo de investigação de abordagem indutiva por Diogo (2015), sendo que este surge como orientador para a intervenção

do enfermeiro no campo das emoções pediátricas (Diogo, 2019). O modelo TEEP define cinco categorias de intervenção que devem a sua designação à intencionalidade terapêutica que apresentam e que se interligam entre si: promover um ambiente seguro e afetuoso; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções dos clientes; construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (Diogo, 2015). Utilizando as intervenções descritas no âmbito de cada uma das cinco categorias de intervenção e interligando-as, é possível realizar um cuidar de excelência, com enfoque na gestão emocional da criança, família e enfermeiro.

No caso do cuidar da criança com condição crónica e família, a existência de competência emocional do enfermeiro na sua intervenção, tem um papel fundamental desde o momento do diagnóstico, com o impacto da notícia, passando pelos períodos de possível agudização da condição e até à fase de fim de vida. Como já referido, durante todo o percurso, as crianças e as suas respetivas famílias, enfrentam situações de stress, bem como de fragilidade emocional, precisando por isso da ajuda do enfermeiro que lhes permita ajudar a lidar com as emoções (Diogo *et al.*, 2020). De salientar, que em consonância com o defendido por Pam Smith (2012), para que o enfermeiro consiga garantir um acompanhamento e suporte emocional à criança e família é fulcral que desenvolva a capacidade de gerir as suas próprias emoções, o que irá permitir uma melhor gestão emocional por parte dos clientes (Diogo *et al.*, 2020).

Num estudo realizado por Silva *et al.* (2010) identificou-se que a família que vivencia a condição crónica passa por um processo de reorganização da sua vida diária e que existindo uma boa perceção por parte das equipas de saúde sobre a situação familiar, se torna mais fácil reconhecer as suas dificuldades e mobilizar recursos para colmatar as maiores necessidades da família, que são descritas como necessidades a nível financeiro e necessidades a nível emocional. Os sentimentos vivenciados pela família, modificam-se diversas vezes com o decorrer do processo, assim, quando se iniciam sintomas na criança e até existir um diagnóstico definitivo, estes sentimentos passam pela ansiedade e medo (Silva *et al.*, 2010). No momento do diagnóstico da doença os sentimentos são maioritariamente de tristeza e de preocupação com o futuro (Silva *et al.*, 2010). E, posteriormente, com o desenvolver do processo, as famílias começam a experienciar sentimentos como tristeza, stress, ansiedade e preocupação relacionados com a possibilidade de novos episódios de hospitalização e, associados ainda à sensação de sobrecarga e esgotamento quer a

nível físico, quer emocional (Silva *et al.*, 2010). As famílias precisam de ser apoiadas e ajudadas neste processo, pois as que apresentam maior apoio social, tendem a encarar a condição de saúde da criança como menos grave e experienciam níveis menores de stress (Im & Kim, 2021). Assim, as intervenções devem focar-se na família, de forma a melhorarem o seu desempenho do papel parental, no lugar de se tentar envolver os pais exclusivamente nos regimes de tratamento e de controlo dos sintomas através do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades dos mesmos (Im & Kim, 2021) e, por isso, os enfermeiros da pediatria devem ser capazes de compreender a natureza universal da adaptação da família a esta condição crónica, implementando estratégias de intervenção baseadas em evidências e que permitam melhorar a qualidade de vida da criança e da família (Christian, 2021)

Numa fase inicial, após o diagnóstico de uma condição crónica normalmente recebido com choque, segue-se uma adaptação gradual à situação, no entanto, podem surgir sentimentos como o sentimento de culpa (que pode estar diretamente relacionado com a superproteção da criança). Posterior a este diagnóstico inicial, inicia-se, ou é expectável que se inicie, o desenvolvimento de expectativas realistas pois são estas que permitem concluir o processo de adaptação à situação de saúde da criança, no entanto, esta adaptação também é descrita como um processo dinâmico que pode ser alterado devido a crises de agudização vivenciadas. Sendo que o processo de adaptação é então dinâmico, muitos pais acabam por vivenciar uma tristeza crónica e a família pode ver-se sujeita a uma grande sobrecarga. Todas as famílias se adaptam à condição crónica de forma diferente, no entanto, como já referido, existem intervenções que podem ajudar a capacitar a família, sendo que os enfermeiros exercem um papel fundamental, desempenhando intervenções quer de suporte emocional, quer de educação para a saúde que irão permitir uma adaptação adequada da família à situação clínica da criança numa perspetiva de longo prazo. (Diogo *et al.*, 2020). O trabalho emocional do enfermeiro que visa a gestão da emocionalidade da família é “direcionado à facilitação da gestão de emoções vividas pelos cuidadores familiares, permitindo a modificação de estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar” (Diogo *et al.*, 2020, p.97). O enfermeiro tem então a possibilidade de atenuar a emocionalidade perturbadora da família através da: gestão emocional por antecipação ou da gestão das emoções reativas, sendo que pode também fazê-lo, embora de uma forma mais indireta, através da promoção de competências dos pais (Diogo *et al.*, 2020).

No essencial, o trabalho com as emoções é “fundamental no cuidado à família da criança com condição crónica, na medida em que essa vivência está impregnada de forte dimensão afetivo-emocional, com potencial impacto perturbador e negativo pela sua intensidade, duração e desgaste” (Diogo et al., 2020, p.99).

2. PROBLEMÁTICA

Este projeto tem como **tema geral** a criança com condição crónica e o cuidado à mesma. Com o desenvolvimento da ciência e, mais especificamente, dos cuidados de saúde, são cada vez mais as crianças que sobrevivem a diagnósticos de condições crónicas e a sua esperança média de vida é cada vez maior (McElfresh & Merck, 2014). Em 2021, 43,9% da população portuguesa com dezasseis ou mais anos (ou seja, uma população que inclui adolescentes dos dezasseis aos dezoito anos) refere ter uma condição crónica ou um problema de saúde prolongado (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Este aumento da sobrevivência da criança, leva também a que o número de crianças internadas com este tipo de diagnósticos seja mais significativo, estimando-se que a criança com condição crónica, seja responsável por um terço das hospitalizações pediátricas (Lacerda *et al.*, 2019) tendo por isso problematizado sobre a pertinência do **cuidar a criança com condição crónica**, uma vez que é uma realidade vivenciada diariamente no meu local de trabalho. No serviço hospitalar onde exerço funções, os últimos dados recolhidos, em 2016, referem que a percentagem de crianças com condição crónica hospitalizadas, varia entre quarenta a sessenta por cento, quando em comparação com as crianças hospitalizadas por doença aguda.

Após delinear o tema geral, identifiquei que uma das grandes lacunas vivenciada por mim, e por colegas, no contexto da prestação de cuidados em internamento pediátrico, está relacionada com a dificuldade de intervenção na garantia de um acompanhamento e suporte emocional à criança e respetiva família. Assim, emergiu a vontade de estudar mais aprofundadamente as **vivências da família principalmente a nível da emocionalidade** e sendo esse o meu **problema de estudo**.

Com o propósito de ajudar na gestão da emocionalidade intensa vivenciada pela família, recorri à pesquisa em bases de dados eletrónicas e surge continuamente o conceito do **trabalho emocional do enfermeiro**, que constatei ser um tema pouco desenvolvido por mim. Sendo este conceito uma noção importante na minha prática clínica e, necessitando de me munir de competência para o desempenhar eximamente, defini o mesmo enquanto **objeto de estudo**.

3. METODOLOGIA

A metodologia é descrita como os procedimentos e as técnicas que permitem antecipar, direcionar e realizar uma preparação para o processo de aprendizagem (Carmo & Ferreira, 2015). Assim, a metodologia utilizada neste relatório de estágio, tem como objetivo facilitar o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e, tanto a prática reflexiva como a aprendizagem experiencial estão na base orientadora da mesma. Esta metodologia assenta nos pressupostos definidos por Schön (1992), que defende que a formação deve ser feita através da reflexão sobre e na prática.

A prática reflexiva permite que se partilhem saberes e a aprendizagem experiencial ocorre através da aquisição de competências nas experiências de estágio. Esta prática reflexiva incorpora a reflexão na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação, permitindo melhorar o processo de aprendizagem pois a formação dos profissionais deve ser executada através desta reflexão sobre a prática e na prática (Schön, 1992). Desta forma, é possível evidenciar que o presente relatório é, fundamentalmente, um trabalho de descrição e de reflexão sobre as aprendizagens e sobre as experiências vividas, de forma a revelar as competências de enfermeiro especialista adquiridas ao longo do percurso.

Além da metodologia também os contextos onde as aprendizagens têm lugar, são de relevar. Assim, o percurso foi realizado em cinco contextos distintos, como explicitado em **cronograma** (Apêndice I). Inicialmente, o contexto de urgência pediátrica (durante o período de quatro semanas), de seguida o contexto de cuidados de saúde primários: unidade de saúde familiar (durante o período de quatro semanas), seguido do contexto de internamento de pediatria (durante o período de quatro semanas), posteriormente o contexto de consulta de desenvolvimento (durante o período de duas semanas) e por último, o contexto da unidade de cuidados intensivos neonatais (durante o período de quatro semanas). Em cada contexto clínico, a orientação foi provida por enfermeiros especialistas em ESIP e foram realizados turnos que perfizeram o total preconizado de vinte e cinco horas semanais. Assim, nos contextos de estágio com a duração de quatro semanas, foram realizadas cem horas e no contexto com a duração de duas semanas foram realizadas cinquenta horas, perfazendo um total de quatrocentas e cinquenta horas em estágio.

A seleção dos contextos de estágio foi realizada de forma intencional e ponderada, de modo a permitir o desenvolvimento de atividades no âmbito dos

cuidados à criança com condição crônica, bem como na aquisição de competências diferenciadas e de maior complexidade.

A existência de múltiplos saberes na área da enfermagem, faz com que seja necessário os enfermeiros desenvolverem competências a vários níveis, tais como: competências cognitivas, competências afetivas e competências estéticas e reflexivas (Serrano, Costa & Costa, 2011), sendo que estas são definidas como o saber em ação (Alarcão & Rua, 2005). As competências acrescidas, são “os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745) e dividem-se entre competências comuns e competências específicas. As competências comuns, fazem referência às que são partilhadas “por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745) e as competências específicas “são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem como objetivo explicar o percurso de estágio realizado ao longo de dezoito semanas, prosseguindo o desenvolvimento de competências de EEESIP.

A aprendizagem experiencial (Schön, 1987, 1992), permite que a teoria já previamente apreendida se desenvolva com a sua aplicabilidade, e que seja possível refletir sobre a mesma para a aprofundar. Assim, a realização dos estágios em diferentes contextos da prática, potenciou esta ligação fundamental entre a reflexão e a experiência, culminando na consolidação de saberes fundamentais para desenvolver competências de enfermeira especialista.

De forma a organizar as diferentes experiências em estágio, desenvolvi um **Guia orientador das atividades de estágio** (Apêndice II) individualizado para cada um dos contextos. Neste guia, apresento um breve enquadramento teórico, a problemática, os objetivos gerais, bem como os objetivos específicos e as atividades propostas para cada um deles, que têm como propósito o desenvolvimento de competências de EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A elaboração dos objetivos específicos, tal como já referido, teve como base a importância do desenvolvimento de competências de EEESIP e, quer os objetivos específicos, quer as atividades desenvolvidas, surgem para conceder ênfase às três áreas principais de competência preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros: assiste a criança e jovem com a família na maximização da sua saúde, cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida, e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Com base nestes pressupostos, defini dois objetivos gerais de estágio:

- Desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica para cuidar a criança e a família nos diferentes contextos da prática;

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica relativas ao trabalho emocional dos enfermeiros com a criança e família, dando especial enfoque às necessidades da família da criança com condição crónica.

Em todos os contextos de estágio apresentei o guia orientador das atividades, tendo tido reuniões com os enfermeiros orientadores, de forma a compreender a exequibilidade do mesmo e adaptar as atividades propostas à dinâmica de cuidados,

e às necessidades reais de cada serviço, bem como às necessidades formativas sentidas por mim.

Assim, neste capítulo irei analisar os objetivos definidos, as atividades desenvolvidas, visando a aquisição de competências. Optei por apresentar os objetivos, atividades e experiências por contexto da prática e por ordem de percurso de estágio, por acreditar ser uma forma mais facilitadora de explicitar e refletir sobre a minha evolução ao longo do percurso.

4.1. Serviço de urgência pediátrica

O serviço de urgência pediátrica pertence a um hospital central da região de Lisboa. Este, encontra-se dotado de variados recursos, quer físicos, quer humanos, capazes de garantir a prestação de cuidados a todas as crianças em idade pediátrica, com necessidade de cuidados de saúde emergentes e urgentes. Recorrem a este serviço de urgência, crianças e jovens com um leque bastante heterogêneo de patologias e com diferentes tipos de gravidade, o que leva a que necessitem, todos eles, de cuidados de enfermagem também eles diferenciados. O serviço é composto por múltiplos setores: triagem, sala de tratamentos (um e dois), serviço de observação, sala de reanimação e gabinetes médicos.

O estágio teve início com atividades que permitiram que desse resposta ao objetivo específico **“Conhecer as dinâmicas do serviço, bem como as filosofias de cuidados e a vertente organizacional e funcional do mesmo”**. Desta forma, apresentei o **guia orientador de atividades de estágio** (Apêndice II) à enfermeira orientadora, a qual após discussão concordou com os objetivos definidos, bem como com a sua pertinência. Sugeri que apresentasse o guia orientador a outra enfermeira responsável, para que a mesma pudesse partilhar a sua opinião, e ambas concordaram que as atividades se encontravam direcionadas ao tema do projeto e que eram pertinentes, não tendo sido realizadas alterações. Nesta mesma reunião onde foi apresentado o guia orientador, questioneei a enfermeira sobre a admissão no SUP, a área de abrangência e a forma como ocorre a articulação com outros serviços, e também com outras instituições. Além disso, consultei normas e protocolos existentes no serviço, nomeadamente, sobre o atendimento da criança e jovem na triagem, sobre os procedimentos de atuação em caso de emergência e consultei ainda alguns projetos que se encontravam em fase de implementação. Estas consultas permitiram que conhecesse melhor a dinâmica organizacional e estrutural do serviço.

Com o desenrolar dos dias de estágio, foi possível participar de uma forma ativa nos cuidados de enfermagem desenvolvidos no SUP, em conjunto com a enfermeira orientadora, o que contribuiu para que pudesse desenvolver e concretizar o objetivo **“Adquirir conhecimentos e competências sobre a prática de cuidados especializados à criança e família em situações emergentes e urgentes e de especial complexidade”**. A experiência no serviço de urgência é, muitas das vezes, ameaçadora para a criança, pois a doença acaba por ser das primeiras crises que a criança enfrenta e esta apresenta um número limitado de mecanismos de defesa para gerir o stress (Sanders, 2014). A criança encontra-se num ambiente que lhe é desconhecido e onde muitas vezes é submetida a procedimentos que causam medo e dor (Sanders, 2014; Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016).

É na sala de triagem que ocorre habitualmente o primeiro contacto entre a criança, a família e o enfermeiro. Nesta sala, é realizada a triagem das crianças que recorrem ao serviço de urgência, através do sistema de **Triagem de Manchester**. Em Portugal, a lei define a obrigatoriedade de serem implementados um dos sistemas de prioridade, regularizando a possibilidade de optar pela triagem de Manchester ou pela triagem Canadiana, pois ambas contemplam especificidades da criança (Despacho nº 3762/2015). A triagem é um processo que deve ser rápido e baseado no olhar crítico e na queixa apresentada, sendo que exige do profissional duas atividades em simultâneo: uma avaliação clínica e avaliação da queixa e uma apreciação subjetiva. Esta tem como vantagem distinguir os casos urgentes/emergentes dos casos não urgentes, o que garante o atendimento prioritário no caso de maior gravidade (Vaz & Trigo, 2020). A aquisição de competências com a realização de turnos na triagem revelou-se evidente, pois permitiu que adquirisse conhecimentos sobre diversas doenças comuns da idade pediátrica e que identificasse sinais/sintomas das mesmas, desenvolvendo a unidade de competência E1.2: diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Sendo a sala de triagem, o espaço onde é habitualmente estabelecido o primeiro contacto entre a criança, família e enfermeiro e, sendo que a sua correta execução, está dependente de uma colheita de dados eficaz, são exigidas importantes **capacidades comunicacionais** do enfermeiro. Este cuida da criança desde recém-nascido até adolescente e a comunicação deve ser adaptada aos diferentes estadios de desenvolvimento e às diferenças culturais existentes (Vaz & Trigo, 2020) o que vai ao encontro do desenvolvimento da unidade de competência E3.3: comunica com a

criança e família de forma apropriada (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para além das capacidades comunicacionais, o enfermeiro deve ter presente a necessidade da criação de um ambiente que permite o *healing* em todos os níveis (Watson, 2012, 2018). Assim, é fundamental que se tenha atenção à organização do ambiente e ao conforto e segurança do cliente, sendo ainda fundamental que se forneçam informações úteis (Watson, 2018). Também Diogo (2015) no âmbito do desenvolvimento do modelo TEEP, define como categoria de intervenção: promover um ambiente seguro e afetuoso. Ao longo do contexto de estágio e, nomeadamente, na sala de triagem, realizei a manutenção de um ambiente o mais confortável possível, por exemplo, através do incentivo para que a criança se sentisse segura enquanto a triagem era realizada, através de um acolhimento afetuoso e também da utilização de sistemas de reprodução de imagens e vídeo. Mantive, em conjunto com a enfermeira orientadora, a organização do espaço e a sua limpeza e desinfeção, mantendo a higienização do local. Esta última intervenção, é habitualmente realizada pela assistente operacional, no entanto, devido à pandemia por COVID-19 foi preconizado através de um protocolo, que, sempre que possível seriam os enfermeiros a intervir, como forma de otimizar recursos.

Neste contexto, coloquei ainda em prática **estratégias de comunicação** já previamente estudadas. No caso do pré-escolar, utilizar técnicas como dirigir diretamente a comunicação à criança e permitir que a mesma toque nos objetos e os veja por si mesma, de modo que se sintam com menos medo e mais seguros. Sendo os pré-escolares egocêntricos, estes focam toda a comunicação neles próprios pois veem as coisas em função de si mesmos e do seu ponto de vista, assim estas estratégias derivam dessas mesmas características (Hockenberry, 2014). No caso dos adolescentes, a realização de todo o processo de triagem revela-se um processo diferente do das restantes crianças, pois as perguntas já são direcionadas ao mesmo e não à família que o acompanha. A comunicação é focada no adolescente e apenas é solicitada a complementação da informação por parte do acompanhante, caso necessário, o que leva a que o adolescente se sinta valorizado e se sinta seguro perante o enfermeiro, ajudando a estabelecer uma relação de cuidados (Hockenberry, 2014).

O **serviço de observação** é o local onde as crianças permanecem um maior período, pois é onde frequentemente aguardam a melhoria do seu quadro clínico até ao momento da alta ou aguardam disponibilidade para serem transferidas para um serviço de internamento. Assim, foi no serviço de observação que desenvolvi

diferentes competências no âmbito da **gestão diferenciada da dor**, através da observação e da colaboração com a enfermeira orientadora no cuidar. O EEESIP é responsável por gerir a dor na criança e do jovem não só através da gestão de medidas farmacológicas, mas também através da aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018). No caso do lactente, foi possível identificar como benéficas e utilizar medidas não farmacológicas, como a sucção não nutritiva durante a realização de um procedimento invasivo, ou, promover a amamentação durante o procedimento. No caso do pré-escolar, utilizar técnicas como a distração e a utilização de sistemas de reprodução de imagens e vídeo, com bonecos que os mesmos gostem. Em todos eles, a gestão das medidas farmacológicas revelou-se também fundamental. Desenvolvi assim a unidade de competência E.2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

No **serviço de observação**, ocorrem internamentos, ainda que breves, de crianças com **condição crónica**, tendo existido a possibilidade de desenvolver a unidade de competência E2.5: promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A título ilustrativo, temos uma lactente já com um diagnóstico prévio de condição crónica. Através da realização de turnos no serviço de observação, compreendi a necessidade de apoio e a necessidade de referenciar para cuidados de especialidade, nomeadamente através do pedido de consulta de psicologia para a mãe que se encontrava numa situação complexa do ponto de vista da gestão emocional, não passível de ser resolvida sem o apoio da equipa multidisciplinar. A compreensão desta necessidade da família e o cuidado não só com o corpo, mas também com a mente do cliente e da família (McEvoy & Duffy, 2008) que resulta num cuidado individualizado que cuida da pessoa por inteiro (Watson, 2018), demonstra a apreensão de conceitos fundamentais para a prática de enfermagem e a integração do paradigma da transformação, onde se inclui o holismo, nos cuidados. O enfermeiro, deve ter em atenção, não só as alterações físicas que a criança apresenta, mas também alterações a nível psicossocial e emocional, na criança e na família. O cuidar em enfermagem não pode dissociar-se das emoções humanas (Watson, 2018) e pressupõe empatia para o desenvolvimento de uma relação terapêutica com os clientes (Hockenberry & Barrera, 2014), sendo fundamental que o enfermeiro utilize estratégias que permitam facilitar a gestão das emoções dos clientes (Diogo, 2015).

Ao perceber as necessidades relativas à emocionalidade da família, foi possível desenvolver a gestão das emoções e associá-las a um cuidar de excelência.

Como terceiro e último objetivo para este estágio, defini: “**Desenvolver competências no âmbito das estratégias de gestão emocional da criança e família**”. Com o decorrer do estágio, foi possível, quer através da prestação de cuidados de enfermagem, quer através da observação da enfermeira orientadora, identificar algumas das **necessidades emocionais** da criança e da família. Sendo o serviço de urgência habitualmente percebido como um lugar ameaçador, as necessidades emocionais identificadas, prendem-se pela necessidade de suporte e de dialogar sobre sentimentos e emoções, sentidas pela criança e pela família, tornando-se a comunicação um pilar. A maioria das crianças e famílias, apresenta ainda necessidades emocionais, no ponto de vista da gestão da sua autonomia e da sua individualidade, que muitas vezes é negligenciada, aquando da admissão na urgência, levando-os a sentir que não sabem como manter o seu papel habitual, ou se o podem manter. Para além da identificação das necessidades, através da observação e da consulta das notas de enfermagem nos processos clínicos, identifiquei os diagnósticos utilizados no âmbito da gestão emocional, bem como as respetivas intervenções. Relativamente aos **diagnósticos**, o programa informático utilizado revela-se pouco adaptado à realidade da enfermagem pediátrica, no entanto, os enfermeiros esforçam-se por contornar esta situação, utilizando diagnósticos como capacidade de desempenho de papel comprometida ou medo atual. Utilizando o diagnóstico de capacidade de desempenho de papel comprometida, os enfermeiros têm a possibilidade de descrever como se encontra a criança e família, do ponto de vista emocional. Quanto às **intervenções**, é comum serem utilizadas: envolver a pessoa significativa ou explicar sobre o estado de saúde. Ainda assim, são ainda poucos os diagnósticos identificados neste âmbito, bem como as intervenções que ficam efetivamente registadas apesar de, atualmente, os enfermeiros se encontrarem, de uma forma geral, mais despertos para a importância das emoções e da gestão emocional. A escuta ativa, o pedido de apoio de psicóloga ou assistente social, a utilização de uma abordagem calma e de controlo, são muitas vezes realizados, mas não registados, o que não reflete a realidade dos cuidados prestados.

Após reflexão com a Enfermeira orientadora sobre a importância da gestão emocional e também sobre uma situação em particular, e embora já estando definida a realização de um **jornal de aprendizagem** (Apêndice III), emergiu a necessidade de o realizar sobre uma situação específica que vivenciei, e que se revelou muito

impactante do ponto de vista da gestão emocional. Nesta situação detalhada no jornal de aprendizagem, utilizei estratégias que promoveram a gestão emocional e que permitiram que através do apoio que foi prestado, se tenha atenuado o sofrimento. O enfermeiro é responsável por desenvolver relações de ajuda, confiança, amor e carinho (Watson, 2018) e por compreender as emoções da criança e família, para desta forma desenvolver um cuidado emocional competente (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021), sendo que o cuidar em enfermagem pediátrica pressupõe que o enfermeiro demonstre empatia, que irá permitir o desenvolvimento da relação terapêutica (Hockenberry & Barrera, 2014). Através da promoção da expressão de sentimentos, estamos a escutar a criança e a família e este ato pode revelar-se um grande ato de cura (Watson, 2007, 2018), sendo que promovendo uma interação em que se facilita a gestão das emoções por parte do cliente, é possível evitar que o mesmo experiencie emoções com tanta tonalidade negativa e conquistar a sua confiança (Diogo, 2015).

Como última atividade, e como forma de promover a reflexão e a aquisição de competências e conhecimentos relativos à criança com condição crónica e ao trabalho emocional, foi realizada uma **entrevista a um perito** (Apêndice IV). Nesta entrevista, identifiquei algumas estratégias utilizadas no âmbito da gestão emocional no serviço de urgência e refleti sobre algumas das lacunas ainda existentes no âmbito desta temática.

4.2. Cuidados de saúde primários: Unidade de Saúde Familiar

Os cuidados de saúde primários são percecionados como o elemento central do SNS e assumem um importante papel na promoção da saúde e na prevenção da doença (Decreto-lei nº. 73/2017), assim, é importante clarificar que estes se dividem em múltiplas unidades funcionais, onde se incluem as unidades de saúde familiar. O estágio que realizei, ocorreu numa USF e estas são definidas como “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo” (Decreto-lei nº. 73/2017, p.3132) e têm como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados garantindo acessibilidade, globalidade e qualidade para todos (Decreto-lei nº. 73/2017). Esta USF encontra-se localizada na região de Lisboa e Vale do Tejo e é responsável por prestar cuidados

de saúde a uma população bastante heterogênea, mas com um elevado número de crianças.

Na USF, é utilizado o método de enfermeiro de família, ou seja, o enfermeiro é responsável por acompanhar os vários elementos da mesma família e por prestar cuidados nas várias fases de vida. Não obstante, deve focar-se na família como um todo, mas também em cada um dos seus elementos de forma individual (Decreto-lei n.º 118/2014). A utilização do método de enfermeiro de família, relaciona-se com uma das filosofias adotadas como o pilar da enfermagem pediátrica: a filosofia dos cuidados centrados na família. Esta filosofia reconhece que a família é constante na vida da criança, sendo que o enfermeiro é responsável por ter em consideração as necessidades de todos os membros da família, em relação aos cuidados com a criança (Hockenberry & Barrera, 2014).

À semelhança do estágio anterior, iniciei no contexto da USF com as atividades que permitiram dar resposta ao primeiro objetivo: “**Conhecer as dinâmicas do contexto no âmbito da saúde infantil e juvenil**”. Neste sentido, comecei por apresentar o **guia orientador das atividades de estágio** (Apêndice II) à enfermeira orientadora. Realizei uma breve reflexão e discussão sobre o mesmo com a enfermeira, sendo que esta concordou com os objetivos propostos, bem como com as atividades a desenvolver. Após o término dessa discussão, tive oportunidade de consultar as normas da USF, bem como os protocolos existentes, nomeadamente no âmbito da COVID-19, da vacinação e da consulta de saúde infantil e juvenil. Estas consultas, culminaram na aquisição de conhecimentos quer sobre a dinâmica organizacional, quer sobre a dinâmica estrutural da USF. Adicionalmente, esclareci com a enfermeira orientadora, algumas dúvidas relativas aos tipos de unidades estruturais existentes e a como é realizada a diferenciação das mesmas.

Os cuidados de saúde primários, são o local privilegiado para a realização da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem pois é neles que é possível realizar com eficácia a apreciação do desenvolvimento “sem perder a simplicidade nos procedimentos” (Direção-geral da saúde, 2013, p.57). Para além disso, a avaliação do percurso da criança enquanto ser em desenvolvimento “motor, cognitivo, emocional e social” (Direção-geral da saúde, 2013, p.57) constitui um dos objetivos da vigilância preconizada de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) define ainda como objetivos, realizar educação para a saúde e estimular a opção por comportamentos promotores de saúde. Assim, perante isto, delineei como objetivos específicos

“Consolidar conhecimentos e competências sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança” e “Desenvolver competências no âmbito da promoção da parentalidade e vinculação, através da educação para a saúde”.

Inicialmente, reví o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, nomeadamente os instrumentos utilizados para a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança. No estágio, observei a enfermeira na **realização de algumas consultas**, o que me permitiu compreender que o foco da intervenção do enfermeiro, passa pela avaliação fundamental do crescimento e desenvolvimento e, que o envolvimento da família é fundamental. A presença da família e o envolvimento da mesma, na elaboração de questões relacionadas com a criança, torna-se fundamental pois permite estabelecer uma parceria entre esta e a enfermeira. Assim, a informação fornecida pelos pais, não deve ser desvalorizada pois estes acompanham a criança no seu ambiente habitual e durante bastante tempo, possuindo por isso informação relevante (Maia, Fernandes, Leite, Santos & Pereira, 2016).

Colaborei nas consultas, realizei a avaliação do crescimento e desenvolvimento e os **registos de enfermagem**, quer no sistema informático, quer no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Posteriormente, numa fase final do estágio, realizei algumas consultas de forma autónoma, realizei educação para a saúde e avaliei o preconizando consoante cada idade, permitindo o desenvolvimento das unidades de competência E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais e E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ao longo do decorrer das quatro semanas e com o desenvolver da segurança na condução das consultas, foi exequível não só focar-me no crescimento e desenvolvimento da criança, mas também nas necessidades emocionais da mesma e da própria família. Inicialmente, mantinha uma postura mais fechada, o que não facilitava a partilha de experiências por parte da criança e família. Posteriormente, passei a incluir a gestão emocional nas consultas, questionando a família sobre como se sentia (nomeadamente no caso da primeira consulta do recém-nascido, por ser uma altura de grandes mudanças), prestando escuta ativa e demonstrando empatia para com a criança e família. Esta melhoria, permitiu aprimorar

o meu cuidar pois este envolve respeitar o outro, ouvir e ser empático (Nelson *et al.*, 2011) e passa pelo desenvolvimento de relações de ajuda e confiança (Watson, 2018). Só assim, o enfermeiro se encontra apto para promover a expressão de sentimentos positivos e negativos, fundamental no processo de cuidar (Watson, 2012, 2018). Todas estas atividades permitiram a consolidação da aquisição de competências, tal como já referido, sendo que realizei um **diário de campo** (Apêndice V), onde se encontra explanado como ocorre uma consulta de saúde infantil e juvenil e as competências adquiridas.

Durante os momentos de vacinação, tive oportunidade de aprofundar a **gestão diferenciada da dor**, desenvolvendo assim a unidade de competência E.2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O aprofundamento desta gestão, ocorreu através da adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas. No caso de medidas farmacológicas, a administração de anestésico tópico previamente à administração da vacina era também preconizada. E, no caso de medidas não farmacológicas aquando do momento de administração da vacina, implementei estratégias adequadas a cada faixa-etária: a amamentação e o colo dos pais, no caso do recém-nascido ou lactente. A distração e brincadeira no caso dos pré-escolares. A explicação do procedimento e a visualização dos materiais no caso das crianças em idade escolar e adolescentes.

O último objetivo definido foi “**Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional da criança e família**”. Para a concretização do objetivo descrito, procedi à **identificação de diagnósticos de enfermagem**, bem como de **intervenções** neste âmbito, através, não só da observação da prática, mas também dos registos no sistema informático. O sistema utilizado na USF é o SClínico. Quanto aos **diagnósticos** que se relacionam com a gestão emocional, compreendi que o mais utilizado é o papel parental e em alguns casos, a vinculação. As **intervenções** baseiam-se na avaliação dos conhecimentos dos pais/família sobre determinada temática e na avaliação do papel parental dos mesmos. Não existindo intervenções específicas onde se possa avaliar questões a nível emocional da criança e família, questionei a enfermeira se o mesmo era descrito em notas de enfermagem livres, sendo que o mesmo também não ocorre. A enfermeira referiu que esta avaliação era feita de uma forma mais informal, algo que observei ao longo do estágio.

Outras das atividades que desenvolvi para cumprir o objetivo, passou pela promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, com recurso ao **modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica** (TEEP). Assim, ao longo do

estágio, realizei pesquisa bibliográfica sobre a temática e esforcei-me por incluir o modelo, durante a realização das consultas. Realizei intervenções no âmbito: da promoção de um ambiente seguro e afetuoso, do nutrir cuidados com afeto, no facilitar a gestão das emoções do cliente, no construir a estabilidade da relação e na regulação da disposição emocional para cuidar, sendo que todas elas se interligam entre si (Diogo, 2015). Utilizando o modelo TEEP, fica clara a preocupação com a gestão emocional da criança e da família, sendo que este foi um modelo criado como orientador das intervenções do enfermeiro, no campo das emoções pediátricas (Diogo, 2015). Estas intervenções culminaram na realização de uma **reflexão** sobre a aplicabilidade do **modelo TEEP** no contexto da USF (Apêndice VI).

4.3. Serviço de internamento de pediatria

O percurso formativo continuou a desenvolver-se e o estágio de internamento de pediatria, ocorreu num hospital central da região de Lisboa, mais especificamente numa unidade de pneumologia pediátrica. O espaço físico do serviço encontra-se dividido em quatro quartos individuais (do um ao quatro) e duas salas com capacidade para até quatro crianças (sala um e sala dois). A sala um, é também a sala de cuidados intermédios respiratórios pediátricos e tem a função de receber crianças que se encontrem a necessitar de uma maior vigilância ou com alguma patologia considerada mais grave. No serviço, são admitidas crianças dos zero aos dezoito anos, com patologia do foro respiratório. No entanto, no caso de crianças já previamente seguidas no hospital e que possuam algum tipo de condição crónica, esse seguimento pode ser mantido até aos vinte e um anos ou até que seja feita uma transição apropriada para a vida adulta e para os serviços, tal como preconizado pela OE (2015). A equipa de enfermagem é composta por enfermeiros generalistas, bem como enfermeiros especialistas, quer na área de saúde infantil e pediatria, quer na área da reabilitação.

À semelhança dos contextos anteriores, o estágio iniciou-se com atividades que permitiram o desenvolvimento do objetivo **“Aprofundar conhecimentos sobre as dinâmicas do serviço, no âmbito da vertente organizacional e funcional do mesmo”**. Assim, reuni-me com a enfermeira orientadora e apresentei o **guia orientador de atividades de estágio** (Apêndice II), que após debate e reflexão, concordou com os objetivos e com a pertinência dos mesmos. Para além da enfermeira orientadora, foi ainda apresentado o documento à enfermeira chefe para

que esta desse aprovação e ambas concordaram com as atividades desenvolvidas e que estas se encontravam bem direcionadas quer para o tema do projeto, quer para o serviço em questão, não tendo sido por isso realizadas alterações ao guia inicialmente criado. Nesta mesma reunião, consultei algumas normas e manuais existentes, nomeadamente no âmbito da ventilação não invasiva e da oxigenoterapia. Consultei ainda alguns projetos que se encontram em fase de implementação (como a criação de um manual e um panfleto sobre oxigenoterapia de alto fluxo).

As crianças com condições pulmonares graves ou condições pulmonares crónicas complexas, usufruem, nos dias de hoje de uma maior taxa de sobrevivência (Ministério da Saúde, 2015), sendo que, também o número de crianças prematuras que sobrevivem, têm vindo a aumentar e têm como consequência o aumento de crianças com doença crónica pulmonar decorrente da prematuridade (Ministério da Saúde, 2015). Assim, são muitas as crianças e jovens, que após períodos de internamento em cuidados intensivos pediátricos ou neonatais, continuam os seus cuidados, na pneumologia pediátrica, que, por ser um serviço de referência, admite muitas vezes crianças com condição crónica e as suas famílias em períodos de agudização. Deste modo, desenvolvi os objetivos específicos **“Prestar cuidados especializados à criança com condição crónica e família”** e **“Desenvolver competências no âmbito da comunicação com a criança com condição crónica e família”**.

É na **unidade de cuidados intermédios respiratórios pediátricos**, que habitualmente ficam internadas as crianças com condição crónica. De forma a desenvolver o objetivo delineado, eu e a enfermeira orientadora, ficámos, ao longo do estágio, responsáveis pela sala de cuidados intermédios, onde cuidei de várias crianças. A criança com condição crónica e a família vivenciam várias fases, em resposta à condição crónica. Após o primeiro impacto do diagnóstico, segue-se uma adaptação gradual em que a família se ajusta ao problema, sendo que os pais “prestam cuidados diários (...) e abraçam um percurso inesperado e stressante como cuidadores” (Diogo *et al.*, 2020, p.96). Este percurso, é marcado por alternâncias muitas vezes frequentes entre cuidados no domicílio, prestados pela família, e cuidados prestados no hospital, durante períodos de hospitalização (Diogo *et al.*, 2020). Tendo em mente, esta alternância comum que ocorre entre períodos no domicílio e períodos de internamento, acompanhei a enfermeira no cuidar da criança e família. Através desse acompanhamento, identifiquei algumas das estratégias utilizadas, no âmbito do cuidar da criança com condição crónica e família e também

no âmbito da comunicação com a mesma. A enfermeira orientadora, incluía de forma sistemática a família na prestação de cuidados, tornando-os parceiros. Reconhecia a família, que cuidava de forma mais regular da criança, como perita nos cuidados e alicerçava-se nos **cuidados centrados na família**. Não obstante, utilizava uma **comunicação** adequada à idade da criança e sobretudo, adequada ao grau de literacia da família. Por exemplo, no caso de uma criança com condição crónica já com múltiplos internamentos, a enfermeira muitas vezes utilizava termos técnicos como “sonda nasal para oxigenoterapia”, que no caso de crianças com um diagnóstico recente, não utilizava inicialmente.

Acompanhar a enfermeira durante os cuidados, permitiu-me **refletir sobre o sentimento de normalização** da família da criança com condição crónica, através da análise de algumas situações de cuidados. A “normalização consiste no reconhecimento da existência de uma condição crónica, (...) e, ao mesmo tempo, na escolha mais ou menos consciente em desvalorizar as implicações da mesma e o seu impacto no quotidiano da criança e da família” (Diogo & Esteves, 2018, p.59), sendo que numa família em que “o sentimento de normalização está presente (...) a criança e a sua condição não são, o centro da atenção familiar” (Diogo & Esteves, 2018, p.59). Dando um exemplo concreto, o “Rui” tem 5 anos e uma doença neuromuscular, que o impossibilita de ser autónomo do ponto de vista motor. Utiliza cadeira de rodas, é alimentado por gastrostomia e tem uma traqueostomia que se encontra adaptada ao ventilador 24 horas por dia. No entanto, o mesmo frequenta a escola, tem ainda amigos da mesma idade fora do contexto escolar e, sempre que ocorre um internamento, quer ele, quer os pais, focam-se em contar-nos as suas vitórias (semelhantes às de outras crianças da mesma idade, como já saber contar e ler algumas palavras). Ao debater este conceito com a enfermeira orientadora, compreendi que o Rui e a sua família, passam por um processo de normalização adequado.

Com o desenvolver do estágio, transitei da observação do cuidar, para o **cuidar** efetivo da criança com condição crónica e família. O “Miguel” é uma criança de 7 anos, com um diagnóstico de doença do interstício pulmonar, já com múltiplos internamentos prévios na unidade. A mãe era autónoma na gestão da oxigenoterapia e da terapêutica inalatória, e o próprio Miguel também já geria autonomamente a oxigenoterapia. Ao cuidar do Miguel, incluí-o a ele e à mãe na gestão da oxigenoterapia e percebi que a grande necessidade de ambos, não era necessariamente na prestação de cuidados já tão rotineiros. A necessidade de ambos,

passava pelo apoio e suporte emocional e pela gestão desta situação perturbadora pois a hospitalização estava a provocar uma crise familiar. Atribuindo ênfase à **comunicação** e utilizadas estratégias adequadas à idade, tais como permitir que este participasse nas conversas com a mãe, dando valor aos seus sentimentos e às suas ideias e tendo em consideração as experiências prévias que já vivenciou, foi possível perceber esta necessidade de apoio e suporte emocional. Esta experiência, demonstra a importância de cuidar com amor, sendo o enfermeiro responsável por desenvolver e sustentar relações de confiança, bem como ser empático e ouvir e respeitar os outros (Nelson *et al.*, 2011; Watson, 2018). Assim, prestei apoio emocional e também compreendi que um dos grandes momentos de stress do Miguel, ocorria aquando da ausência da mãe para ir ao refeitório. De modo a minimizar esse stress, foram fornecidas as refeições à mãe no quarto e o Miguel passou a ficar sempre acompanhado pela mãe. Esta decisão vai de encontro à literatura e ao descrito por Diogo *et al.* (2020) pois o acompanhamento de forma permanente da família durante o internamento, dá a possibilidade à criança de se integrar de uma forma mais suave num mundo que lhe é ameaçador e minimizar a experiência emocional. Este cuidar permitiu desenvolver a unidade de competência E2.3 Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados, a unidade de competência, E2.5 Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade e a unidade de competência e E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Muitas vezes a criança em período de agudização da sua condição crónica revela sentir **dor** e a gestão desta dor, ocorreu através da adoção de medidas farmacológicas (administração de terapêutica prescrita, como por exemplo, analgésico ou anti-inflamatórios não esteroides) e não farmacológicas (no caso do Miguel, a distração e a musicoterapia, por exemplo).

A comunicação, embora seja fundamental para garantir um cuidado de excelência, é muitas vezes uma das maiores lacunas no que diz respeito ao cliente pediátrico. Assim, como forma de colmatar uma necessidade não só minha enquanto futura enfermeira especialista, mas também do serviço onde realizei estágio, procedi a pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação com enfoque na criança e elaborei um **documento sobre estratégias de comunicação** nas diferentes faixas etárias (Apêndice VII). Quer o cuidar da criança, quer a pesquisa bibliográfica e posterior construção do documento referido anteriormente, permitiram desenvolver a

unidade de competência E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Como quarto e último objetivo para este estágio defini: “**Desenvolver competências no âmbito das estratégias de gestão emocional da criança com condição crónica e família**”. Para a concretização deste objetivo, numa fase inicial, identifiquei as **necessidades emocionais** da criança com condição crónica e família. Neste contexto do internamento, compreendi que as principais necessidades se verificam na gestão das emoções e que a família necessita de apoio e de suporte emocional, tal como descrevi anteriormente na situação do Miguel.

De forma a concretizar de uma forma mais ampla este objetivo, **identifiquei diagnósticos e intervenções de enfermagem** que se enquadravam no âmbito da gestão emocional, não só através da observação, mas também através dos registos informáticos. Quando iniciei o estágio, a implementação de notas de enfermagem em registo informático, tinha tido início há cerca de 1 mês, pelo que tudo ainda era uma novidade, até mesmo para a enfermeira orientadora. O sistema utilizado era o glintt. Quanto aos **diagnósticos**, não existia nenhum exatamente direcionado para a gestão emocional, no entanto, a equipa de enfermagem, contornava esse facto, utilizando dois diagnósticos principais nesta área: “capacidade de desempenho de papel, comprometida” e “medo atual”. Quanto às **intervenções**, as mais utilizadas passavam por: escutar o indivíduo, explicar sobre o estado de saúde, envolver a pessoa significativa e solicitar apoio. Algumas intervenções eram ainda possíveis de ser utilizadas, como: promover estratégias de *coping* ou promover a esperança, no entanto, estas eram poucas vezes identificadas. De salientar, que a equipa de enfermagem era extremamente atenta às necessidades emocionais da criança e da família e exercia um esforço diário, para promover não só a escuta ativa, mas também outros momentos de partilha. No entanto, essas intervenções eram muitas vezes subvalorizadas e não constavam dos registos.

Ao longo do estágio, como linha orientadora, tive sempre em mente o modelo TEEP, como forma de promover uma relação emocionalmente competente com a criança e família. Cabe ao enfermeiro, enquanto profissional que cuida “oferecer suporte necessário às demandas emocionais das crianças com condições crónicas nos diversos níveis (...) por meio do estabelecimento de uma relação de confiança mútua” (Diogo et al., 2020, p.84). Deste modo, por a temática das emoções se encontrar subvalorizada e, aparentemente subdesenvolvida neste contexto do estágio e, como forma de também desenvolver mais conhecimentos, realizei uma ação de

formação para a equipa de enfermagem. Esta teve como temática “**Cuidar da criança com condição crónica: Estratégias que minimizam a emocionalidade intensa vivida pela família**” (Apêndice VIII).

4.4. Serviço de reabilitação pediátrica e de desenvolvimento

O quarto contexto de estágio realizou-se no serviço de reabilitação pediátrica e de desenvolvimento, tendo realizado turnos no serviço de internamento, bem como um turno no serviço de consulta externa. O serviço dispõe de várias unidades terapêuticas, todas elas situadas no mesmo piso que o internamento e, que completam os cuidados, nomeadamente: terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, psicologia, serviço social, grupo educacional e a escola. O internamento tem a lotação de dezasseis camas e permite a assistência a crianças e jovens dos zero aos vinte e um anos. A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. O serviço em questão tem como objetivo a melhoria contínua da assistência às crianças e famílias, tendo por isso como missão avaliar, de forma a orientar e intervir na reabilitação da criança portadora de deficiência. As patologias mais frequentes são: paralisia cerebral, traumatismo crânio-encefálico, lesões vertebro-medulares, acidente vascular cerebral, bem como outras doenças neurológicas. Embora a definição de condição crónica englobe várias variantes, é consensual que a mesma se define por ser prolongada no tempo e pelas consequências que traz à criança e família, e desta forma, as crianças que se encontram em reabilitação no serviço, podem ser consideradas crianças com condições crónicas.

À semelhança de todos os contextos anteriores, o estágio iniciou-se com as atividades que culminaram no cumprimento do objetivo específico “**Conhecer as dinâmicas do contexto (tanto a nível estrutural, como organizacional, como em termos de funcionamento)**”. Assim, apresentei o **guia orientador de atividades de estágio** (Apêndice II) à enfermeira orientadora, que após discussão, concordou com os objetivos definidos, bem como com a sua pertinência, à exceção de um dos objetivos, que acabou por ser extinto, uma vez que não se enquadrava na dinâmica do serviço e nos cuidados prestados. Nesta mesma reunião inicial, questionei a enfermeira quanto à abrangência do serviço, a população, a articulação com outros serviços e os modelos que orientam a prática, sendo que a mesma me entregou um

guia de acolhimento ao aluno com toda essa informação detalhada. Este guia detalha ainda alguns dos programas implementados no serviço, sendo que tive oportunidade de consultar normas e protocolos, sobre procedimentos, por exemplo, em caso de resultado positivo à COVID-19. Tanto a reunião, como todas estas consultas, permitiram-me compreender e conhecer melhor o contexto.

A especificidade das patologias, bem como a finalidade dos cuidados prestados no serviço, permitiu desenvolver o segundo objetivo definido: “**Prestar cuidados especializados à criança com condição crónica e família**”. Habitualmente, num primeiro internamento no serviço de reabilitação e desenvolvimento, a criança é admitida, após referenciação por parte de um hospital, onde se encontra a recuperar da fase aguda da sua patologia (principalmente no caso de traumatismo crânio-encefálico, lesões vertebro-medulares e acidente vascular cerebral). Durante a admissão, quer a criança quer a família, ainda se encontram, na maioria das vezes, numa fase inicial de aceitação da sua condição. A fase de impacto do diagnóstico e em que a criança e família se apercebem, que algumas das habilidades anteriormente adquiridas, não irão ser reavidas, vai-se constituir como stressante. Diogo et al. (2020) defendem que a fase do impacto do diagnóstico "constitui um momento emocionalmente crítico e um fator de stress capaz de afetar o desenvolvimento da criança e as relações sociais do sistema familiar” (p.88). Assim, um pouco em oposição do que ocorre em contextos de internamento, em fases de agudização da condição crónica já previamente diagnosticada e bem estabilizada, o enfermeiro no serviço é responsável por cuidar da criança e família, prestando os cuidados necessários e promovendo a **educação para a saúde** na criança e família, como forma de estabelecer a autonomia dos mesmos. Embora o estágio tenha tido uma duração de apenas 2 semanas, consegui, através da observação da enfermeira orientadora, identificar algumas das estratégias utilizadas pela mesma. Os dois pilares fundamentais dos **cuidados centrados na família** são a capacitação e o empoderamento (Hockenberry & Barrera, 2014), sendo que estes se revelam norteadores para o cuidar no serviço. A enfermeira orientadora, promovia a criação de oportunidades de aprendizagem da criança e da família, por exemplo, insistindo para que a família observasse a realização dos cuidados de higiene logo pela manhã, como forma de os incluir nos cuidados, mas também de realizar e validar ensinamentos. Durante as refeições, era também solicitado o apoio e presença da família, como forma de promover a autonomia da criança e da família. Numa fase inicial, o ato de alimentar a criança era executado pela enfermeira, contudo com a observação da

família e a sua integração nos cuidados, esta munia-se de competência para executar o cuidado autonomamente. Para além da observação, prestei cuidados de enfermagem, com contacto direto com a criança e família: realizei cuidados de higiene, auxiliei na alimentação, desenvolvi e apoiei nos exercícios de treino das atividades de vida diárias.

Desenvolvi a **gestão diferenciada da dor** e a **comunicação**. A gestão diferenciada da dor, ocorria através da mobilização de estratégias não farmacológicas, como forma de aliviar procedimentos por vezes dolorosos, que ocorriam durante algum tipo de exercícios de reabilitação. Recorrendo à distração, da descentralização do foco da dor e orientando as crianças em pequenos passeios pelo corredor do serviço. A utilização destas estratégias e a adequação das mesmas consoante a idade da criança, permitiu ainda o desenvolvimento da comunicação. Assim, a observação e o cuidar, permitiram desenvolver as unidades de competência: E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade e E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Como já referido anteriormente, na maioria das crianças e famílias ocidentais, ocorre atualmente uma necessidade de **normalização da condição crónica**, pois esta normalização permite que ocorra uma reorganização familiar, sem que o foco seja específico na doença (Esteves & Diogo, 2018). Sendo o serviço em questão próspero em crianças e famílias em fase de adaptação à condição crónica, é fundamental refletir sobre este sentimento e sobre as intervenções de enfermagem utilizadas, como forma de promover a mesma. Assim, após reflexão desta questão, efetuei um **jornal de aprendizagem** (Apêndice IX) sobre o sentimento de normalização da família, num caso em particular.

Sendo o diagnóstico e a existência de uma condição crónica, responsável por afetar não só a vida da criança, mas também responsável por causar um impacto emocional em todos os elementos da família, bem como nas relações que se estabelecem entre si (Diogo *et al.*, 2020) foi possível, durante o estágio “**Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional da criança com condição crónica e família**” sendo este o último objetivo que defini.

Com a observação da enfermeira orientadora e também com o cuidar, identifiquei algumas **necessidades emocionais** da criança e família, bem como estratégias utilizadas na gestão da emocionalidade. As principais necessidades da criança e família, passam por sentir que não têm ninguém com quem dialogar sobre a sua condição e sobre as suas emoções, ou seja, sentem que não conhecem e não compreendem as suas emoções. Assim, o enfermeiro deve utilizar **estratégias no âmbito da gestão da emocionalidade** que permitem ajudar a conhecer e a compreender as emoções. No caso do serviço em questão, a enfermeira orientadora, utilizava estratégias como a escuta ativa, a empatia, como forma de estabelecer uma relação mais estreita e de confiança com a criança e família, o que permite que os mesmos expressassem as suas emoções, quer positivas, quer negativas. Estas estratégias, vão de encontro ao defendido pela teoria de Watson (2018) que defende o desenvolvimento e a sustentação de relações, através da confiança, amor e do carinho, bem como a aceitação da expressão de emoções por parte do outro, sejam estas positivas ou negativas. É então fundamental que o enfermeiro seja capaz de cuidar através da prática de uma “bondade amorosa” para si e para os outros, o que envolve ouvir, respeitar e honrar a dignidade humana, bem como reconhecer a vulnerabilidade e ser empático (Nelson et al., 2011, Watson, 2012, 2018).

Os **registos de enfermagem** realizados no serviço, ocorrem ainda em formato de papel, pelo que a identificação de **intervenções** relativas ao cuidado emocional, ocorreu após a leitura do processo das crianças internadas. Embora não se descrevam muitas intervenções, no final de cada registo, é sempre descrito se a criança se encontra ou não acompanhada, por quem e qual o grau de envolvimento do acompanhante com os cuidados. Quanto à criança é sempre descrito no estado geral, como a mesma se encontra do ponto de vista emocional. À semelhança de outros contextos, embora se pratique de forma sistemática uma escuta ativa e os pedidos de apoio pela psicologia ocorram quando se considera que assim se justifique, nem sempre os mesmos ficam registados no processo de enfermagem.

Por último, sendo a reflexão fundamental para o desenvolvimento de competências e sendo que a base de todo o relatório, está na teoria do cuidado transpessoal de Watson, realizei ainda um **documento reflexivo sobre a aplicabilidade dos dez elementos da teoria** (Apêndice X) no contexto. Este documento revelou-se importante, pois o enfermeiro é responsável por se envolver na experiência de ensino e aprendizagem, incluindo o cuidar e as relações estabelecidas como contexto para qualquer ensino e aprendizagem (Watson, 2012, 2018). O

documento elaborado, permitiu-me ainda, desenvolver a unidade de competência D2.2 suporta a prática clínica em evidência científica, no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos enfermeiros, 2019).

4.5. Unidade de cuidados intensivos neonatais

O percurso de estágio culminou com a realização de estágio na UCIN. A UCIN onde estagiei pertence a um hospital na região da grande Lisboa e é um serviço que se encontra englobado na dinâmica funcional do Departamento de Pediatria. Encontra-se dividida por duas salas: uma sala de cuidados intermédios neonatais e uma sala de cuidados intensivos neonatais, onde realizei o meu estágio.

Na UCIN, são internados recém-nascidos no período neonatal (até ao vigésimo oitavo dia de vida), por motivos como prematuridade e patologia médica e/ou cirúrgica. Porém, a grande maioria dos RN é admitida no serviço devido à sua prematuridade e não por patologias. A equipa de enfermagem é comum para ambas as valências da UCIN e é composta por enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Neste último contexto e, à semelhança dos anteriores, o estágio iniciou-se com as atividades que permitiram dar resposta ao primeiro objetivo a que me propus: **“Conhecer as dinâmicas do serviço, bem como as filosofias de cuidados do mesmo e a vertente organizacional e funcional”**. Inicialmente, apresentei à enfermeira orientadora o **guia orientador de atividades de estágio** (Apêndice II), elaborado visando a concretização das atividades a que me propus. Este foi ainda para apreciação da enfermeira chefe, e ambas concordaram a pertinência do documento. Posteriormente a esta reunião inicial, consultei os protocolos, as normas e alguns dos projetos existentes no serviço, bem como o manual de acolhimento ao enfermeiro existente na unidade.

Durante todo o meu percurso enquanto enfermeira, nunca exerci funções no contexto da UCIN. O ambiente na UCIN tem impacto no desenvolvimento do recém-nascido e família (Coughlin, 2017) e o enfermeiro é o principal responsável pela promoção dos cuidados e por estar presente ao longo das 24 horas, junto quer do recém-nascido, quer da família. Desempenha ainda um papel preponderante na educação para a saúde e acompanhamento da família, bem como nos cuidados centrados no desenvolvimento (Ribeiro *et al.*, 2015). Assim, considerei pertinente

delinear o objetivo: **“Adquirir e aprofundar conhecimentos e competências sobre a prestação de cuidados especializados ao recém-nascido e família”**.

De modo a adquirir mais conhecimentos na área, numa fase precedente ao início do estágio, participei como formanda na Reunião científica: “Pensar em neonatologia: da complexidade à essência dos cuidados” com o tema **“Stress pós-traumático: A parentalidade após a neonatologia”** (Anexo I). Posteriormente, participei ainda como formanda no curso **“Terapêuticas Inovadoras – Perspetivas de Enfermagem”** (Anexo II) que se encontrava englobado nas Jornadas de Pediatria de um hospital central da grande Lisboa. Este último, englobou várias temáticas na área da enfermagem pediátrica, nomeadamente a utilização da colostroterapia em neonatologia.

No decorrer da primeira semana de estágio, acompanhei a enfermeira orientadora na prestação de cuidados, não participando inicialmente diretamente nos mesmos. Esta fase de adaptação, permitiu-me conhecer o tipo de cuidados prestados na UCIN e refletir sobre os mesmos, bem como identificar estratégias utilizadas pela enfermeira orientadora para a promoção da vinculação e na integração da família nos cuidados. A **vinculação** revela-se fundamental em qualquer contexto da enfermagem pediátrica, no entanto, reveste-se de ainda maior importância, no caso da UCIN e dos recém-nascidos de pré-termo. Esta é descrita como uma ligação emocional, que é recíproca e duradoura entre a figura parental e a criança e que se estabelece de modo gradual desde os primeiros contactos, traduzindo-se num processo de adaptação mútuo. Tem um valor adaptativo para o recém-nascido, pois permite assegurar-lhe as suas necessidades físicas e também psicossociais (Bowlby, 1984). É um processo contínuo que tem início na gravidez e que se desenvolve após o parto, incluindo as ligações entre os pais e o recém-nascido (Wheeler, 2014). No caso dos recém-nascidos internados na UCIN, este internamento constitui habitualmente uma fonte de stress para os pais, pois desenvolvem uma perceção de incapacidade de cuidar e de proteger o filho (Tobo, Bentacur & De la Cruz, 2017). Este stress pode prolongar-se no tempo e tem um impacto negativo na vinculação com o recém-nascido. No fundo, a separação do recém-nascido dos pais, é uma situação carregada de emoções que podem ser perturbadoras e causadoras de ansiedade (Silva, 2014). Assim, com o desenvolver do estágio foi possível implementar **estratégias que promovem a vinculação e a participação da família/pais** nos cuidados pois estas permitem minimizar o comprometimento do processo de vinculação, devendo o enfermeiro ser responsável por promover a aproximação do recém-nascido à família. As estratégias

que implementei, iniciavam-se com cuidados mais simples, como permitir à mãe ou ao pai, que realizassem a mudança da fralda, progredindo até cuidados mais complexos, como por exemplo a administração de alimentação por sonda naso ou orogástrica ou a aspiração de secreções. Das estratégias utilizadas, a que percecionei apresentar um impacto mais positivo nesta promoção da vinculação, prendeu-se pela **alimentação do recém-nascido**. Na UCIN e perante os recém-nascidos que ainda não se encontram aptos para serem amamentados, é incentivada a extração de leite materno através de bomba elétrica, sendo este leite posteriormente identificado e armazenado adequadamente. Sabemos que o leite materno é um alimento completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, apresentando vantagens quer a curto, quer a longo prazo, pois previne infeções e têm um efeito protetor sobre as alergias (Levy & Bértolo, 2012). No caso dos recém-nascidos M. e T., gémeos, por serem prematuros de 26 semanas e se encontrarem sob ventilação invasiva, a amamentação não era possível ainda. No entanto, diariamente a mãe do M. e do T. extraía leite com a bomba e posteriormente, o mesmo era administrado por sonda orogástrica, sempre com os pais presentes e colaborando no processo. Sempre que possível, agilizavam-se os cuidados, de forma que durante o período da alimentação, o M. e o T. se encontrassem ao colo dos pais. Para além da amamentação, promovi sempre que possível a utilização do **método canguru**. Este é um método que consiste no contacto pele a pele com o bebé e que permite que o mesmo fique mais calmo, tendo ainda múltiplos outros benefícios para o recém-nascido e para os pais (Franck, 2021). Entre algumas das vantagens deste método, salienta-se a estimulação do contacto precoce com a mãe e pai, a promoção do vínculo afetivo e a promoção da confiança e competência dos pais nos cuidados ao recém-nascido (Sociedade Portuguesa de Neonatologia; Ordem dos Enfermeiros, 2019). Ao implementar estratégias como as definidas anteriormente, desenvolvi as unidades de competência E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em contexto de UCIN, importa salientar que há uma preocupação redobrada com o desenvolvimento infantil e que existe uma responsabilidade acrescida no cuidar, pois este envolve múltiplas técnicas complexas e distintas, tendo ainda de ser

adicionadas, todas as estratégias neuroprotetoras que devem ser utilizadas no recém-nascido. Segundo Altimier & Phillips (2013) a maioria da evidência científica disponível evidencia limitações a longo prazo nas crianças que nasceram prematuras, pelo que, é fundamental que possamos compreender o sistema neurológico do prematuro, para melhorarmos os efeitos negativos desta prematuridade e deste desenvolvimento que ocorre no meio extra-uterino. No fundo, as estratégias neuroprotetoras são utilizadas para permitir o desenvolvimento do cérebro ou para o melhorar após uma lesão. Assim, ao longo do estágio, **cuidei do recém-nascido e família**, de forma autônoma e tendo por base os **cuidados protetores do neurodesenvolvimento**. Estes cuidados incluem medidas como as que já referi anteriormente, como a nutrição adequada (especialmente com leite materno) e o método canguru (que permite uma diminuição do stress e da dor). Para além disso, incluem outros cuidados, como a diminuição de estímulos sensoriais (prestando cuidados apenas em momentos específicos e previamente definidos, para minimizar a manipulação excessiva) e a promoção das horas de descanso e sono (através da preparação do ambiente, reduzindo o ruído e a luminosidade). Estes cuidados neuroprotetores englobam-se numa abordagem holística do cuidar pois têm em conta não só o corpo da criança, mas também a sua mente e desenvolvimento futuro. Permitem não só o cuidar físico, mas também um cuidado individualizado, que cuida da pessoa/criança por inteiro (Watson, 2018). Para além de tudo, é possível reconhecer que ao cuidar de forma autônoma do recém-nascido em situação de complexidade (com ventilação invasiva, por exemplo) desenvolvi a unidade de competência E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados, tendo auxiliado inúmeras vezes na re-entubação de recém-nascidos que se extubavam acidentalmente, por exemplo.

A admissão de um recém-nascido numa UCIN, pode muitas vezes ser traumatizante, quer para o recém-nascido, quer para os pais. Na maioria dos casos, os pais experienciam stress, ansiedade e muitos sentem-se vulneráveis e com medo (Ribeiro *et al.*, 2015). A intensidade das experiências emocionais, é influenciada por inúmeros fatores, no entanto, o cuidar de um recém-nascido prematuro e da sua família é considerado um dos fatores que implica mais envolvimento emocional por parte dos intervenientes (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Esta “emocionalidade no ato de cuidar do recém-nascido e seus pais é uma realidade incontornável” (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014, p.48). Posto isto, como

terceiro e, último, objetivo para este estágio defini: “**Desenvolver competências no âmbito das estratégias de gestão emocional do recém-nascido e família**”.

Ao longo do percurso, identifiquei algumas das **estratégias** utilizadas pela enfermeira orientadora na **gestão da emocionalidade** dos pais e comecei também a aplicá-las de forma sistemática. É de salientar, que à semelhança de outros contextos, tenta-se o mais possível, integrar a família/pais nos cuidados e promover a autonomia dos mesmos, em relação ao recém-nascido. Para além disso, no início de cada turno, procurava explicar aos pais os cuidados e procedimentos que iriam ser realizados, delineando em conjunto com eles, um plano de cuidados individualizado. Aquando da explicação inicial sobre qual o plano delineado, questionava sempre os pais sobre como os mesmos se sentiam naquele dia, permitia que expressassem os seus receios e dúvidas e incentivava de forma positiva, essa mesma expressão, dando reforço positivo. Esta abordagem inicial foi sempre feita com um tom de voz calmo e afetuoso e sem revelar pressa. O facto de assim ocorrer, é relevante, pois é sabido que a **comunicação** entre enfermeiros e família é fundamental, sendo que não se circunscreve apenas ao que é dito, mas também à forma como é transmitida toda a informação (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Para além disso, a delineação deste plano, vai de encontro à estratégia da **gestão emocional de antecipação** (Diogo, 2015). Nesta estratégia, os enfermeiros apresentam uma postura calma, com disponibilidade, fornecem informações e procuram favorecer a expressão de sentimentos, bem como providenciam um reforço positivo (Diogo, 2015). Assim, o enfermeiro é responsável por **facilitar a gestão das emoções do cliente**, sendo que as suas ações constituem uma intencionalidade que permite modificar os estados emocionais perturbadores e negativos para estados de tranquilidade das crianças e família (Diogo, 2015). É com base nestas estratégias que esta mesma gestão era realizada, evidenciando, que ainda que de uma forma por vezes informal, o desenvolvimento de estratégias delineadas pelo **modelo TEEP**. Estes momentos do cuidar permitiram desenvolver a unidade de competência E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O nascimento de uma criança é um acontecimento que contém múltiplas emoções, sendo que estas são intensamente vivenciadas, e originam sentimentos e pensamentos, que nas situações da prematuridade influenciam a adoção das competências parentais (Vilelas, 2013). Neste sentido, é função do enfermeiro, “intervir na promoção da relação entre os pais e o RN como forma de (...) potenciar o

crescimento e o desenvolvimento (...) de todas as dimensões, tanto psicológicas, sociais e espirituais, do RN” (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014, p.48). Assim, identifiquei os **diagnósticos e intervenções** de enfermagem no âmbito do cuidado emocional no sistema informático. Com a enfermeira orientadora, compreendi que são utilizados, maioritariamente, dois **diagnósticos**: a vinculação e o papel parental. Quanto às **intervenções**, constatei que são delineadas algumas intervenções que vão de encontro aos cuidados prestados pelos enfermeiros e exequíveis (por exemplo, a promoção da esperança e da escuta ativa). Em notas de enfermagem, é ainda registada a presença dos pais no turno, os telefonemas que os mesmos realizam, o seu envolvimento nos cuidados à criança, bem como uma breve abordagem sobre o seu estado emocional e o encaminhamento que é feito com outros profissionais, como por exemplo a psicóloga. O facto de estas informações serem descritas pela equipa de enfermagem, revela uma preocupação com a gestão das emoções, sendo que a utilização das tecnologias em saúde, também permite expandir a dimensão emocional do cuidar (Diogo *et al.*, 2016).

Para finalizar, e tendo em conta que a prática reflexiva permite adquirir competências nas experiências de estágio e que a emocionalidade se encontra presente em todos os contextos do cuidar, embora bastante marcada no contexto da UCIN, realizei um documento reflexivo sobre a **articulação dos dez elementos da teoria de Jean Watson com as cinco categorias do modelo TEEP** de Paula Diogo no contexto (Apêndice XI). Tal como já referido anteriormente, o enfermeiro deve envolver-se no ensino e na aprendizagem, incluindo os contextos, o cuidar e as relações que se estabelecem nos mesmos (Watson, 2012, 2018). Este documento permitiu desenvolver a unidade de competência D2.2 suporta a prática clínica em evidência científica, no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos enfermeiros, 2019).

5. PROJETOS FUTUROS

A realização dos cinco estágios em diferentes contextos permitiu-me desenvolver múltiplas atividades e colaborar no cuidar da criança e família, desenvolvendo assim competências de EEESIP. De uma forma geral, posso aferir que atingi os objetivos a que me propus numa fase inicial do percurso, tendo percorrido um caminho de melhoria no cuidar da criança e família e no cuidar tendo por base a importância do trabalho emocional. No entanto, este é um processo de melhoria contínua, que só se visa ser possível se se aplicar as aprendizagens adquiridas em contexto de estágio e academicamente na minha prática diária de cuidados, tornando o meu exercício de enfermagem mais especializado e com um suporte fundamentado na evidência científica.

Da temática do projeto e sua operacionalização com as experiências de estágio, emergiram necessidades, que se tornaram ambições, no que diz respeito à realização de iniciativas no futuro. No serviço de internamento onde exerço funções, e posteriormente, de uma forma mais abrangente, a nível do centro hospitalar e dos diferentes serviços de pediatria, pretendo implementar atividades relacionadas com a temática do presente relatório, num futuro próximo, através da dinamização de ações de formação, dirigidas a enfermeiros. Com a realização destas ações de formação, pretendo melhorar o cuidar da criança com condição crónica, bem como contribuir para o desenvolvimento do conceito de trabalho emocional em enfermagem pediátrica, que muitas vezes é pouco valorizado pelas equipas de enfermagem. Neste sentido, tenho como objetivo, dinamizar ações de formação, como forma de promover a gestão emocional da família da criança com condição crónica, através de um plano de formação estruturado em dois capítulos principais: 1. A importância do trabalho emocional em enfermagem pediátrica e 2. Cuidar da criança com condição crónica: Estratégias que minimizam a emocionalidade intensa vivida pela família. Poderei desenvolver-me como formadora, recorrendo a um método inicialmente expositivo e posteriormente reflexivo sobre as práticas. Pretendo ainda, que estas ações de formação, ocorram pelo menos duas vezes por ano.

Além disto, ao longo do percurso de estágio, apercebi-me da importância que tem a avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil. No entanto, refletindo sobre o meu cuidar diário, compreendi a lacuna que existe nesta área no meu contexto de trabalho. Embora sejam avaliados os dados antropométricos das crianças internadas, esta avaliação não ocorre de forma sistemática ou com uma periodicidade

definida, à exceção do peso. Assim, e tendo em conta que parte das crianças admitidas ficam internadas por períodos extensos (de semanas ou meses) as mesmas não frequentam nesse período as consultas preconizadas de vigilância de saúde infantil e juvenil. Deste modo, pretendo a médio/longo prazo, fazer com que seja implementada a avaliação do crescimento e desenvolvimento de uma forma sistemática, implementando a avaliação do desenvolvimento através da escala de Mary Sheridan modificada, à semelhança do que se realiza em cuidados de saúde primários.

Estas duas ideias de desenvolvimento para o futuro, emergem, pois, a brevidade do processo de aquisição de competências e a brevidade exigida para a conclusão do relatório, não permitiram a sua implementação. No entanto, fica aqui plantada a semente para estes novos projetos, que pretendo vir a desenvolver.

6. CONCLUSÃO

A possibilidade de adquirir conhecimentos e competências ao longo de toda a vida, foi sempre motivo de fascínio no que à enfermagem diz respeito. A inexistência de respostas definitivas e únicas, a constante mutação e aperfeiçoamento dos conceitos e da prática, bem como o aumento gradual da exigência, constituíram-se como fontes de motivação e foco que me guiaram para a realização desta especialidade, sendo que esta longa jornada culmina com a produção do presente relatório.

O término do mesmo, e de um ciclo, irá sempre implicar uma reflexão sobre os objetivos que se delinearão e, mais importante ainda, uma reflexão acerca das aprendizagens que emergiram dessa experiência. A elaboração deste relatório relevou-se então fulcral por ser uma oportunidade de me redescobrir e um desafio, que se traduziu numa aprendizagem contínua e numa reflexão crítica.

Assim, todo o percurso vivenciado, permitiu-me melhorar o meu cuidar, bem como redefinir a conceção de enfermagem com a qual me identifico. Percebi que me identifico de um modo claro, com a visão de Jean Watson que, na sua teoria do cuidado transpessoal, descreve a importância de um cuidado holístico e humanizado, em que devemos também ser sensíveis do ponto de vista emocional. Sendo a enfermagem uma arte, a arte de cuidar do outro, revela-se indissociável da mesma, a dimensão emocional de cuidar, uma vez que os humanos experienciam emoções e são movidos pelas mesmas. Tal como defende Watson, o cuidar não pode revelar-se indiferente das emoções humanas, pois é inegável que a díade quem cuida-quem é cuidado, vai partilhar vivências intensas do ponto de vista emocional, que deverão ser geridas com intencionalidade terapêutica para que ocorra um equilíbrio emocional. O Modelo TEEP foi também um dos pilares ao longo deste percurso, importante para a construção do pensamento e como um modelo de intervenção para um cuidar centrado na família, não traumático e humanizado.

Além de me permitir refletir sobre a conceção de enfermagem com a qual me identifico, e além de ser uma forma de avaliação, este relatório permitiu que: analisasse criticamente o meu desenvolvimento de competências; refletisse sobre a verdadeira intervenção do enfermeiro especialista; e desenvolvesse a minha reflexão crítica. Considero que a metodologia previamente definida e utilizada se revelou facilitadora durante o processo formativo, porque através da utilização de um método

descritivo foi possível incorporar as experiências que vivenciei no âmbito da aquisição de competências na área de saúde infantil e pediatria.

O trabalho emocional e as estratégias que permitem a gestão emocional na família da criança com condição crónica, foram o tema central do projeto desenvolvido em contexto de estágio. Assim, as atividades que realizei permitiram dar resposta aos objetivos gerais e específicos delineados, permitindo desenvolver as competências de EEESIP. Também a minha intervenção no decorrer dos cinco contextos de estágio, revelou-se um elemento facilitador, tornando possível a sensibilização e alerta para as diferentes equipas, na importância do trabalho emocional e na implementação deste conceito em diferentes contextos. A realização de atividades como a ação de formação sobre o conceito de trabalho emocional e sobre as estratégias que podem ser utilizadas na criança com condição crónica, a implementação da família no cuidado, a reflexão sobre a aplicabilidade do modelo TEEP nos contextos, são algumas das atividades relevantes, no âmbito desta temática.

O relatório surge como resultado de uma grande dedicação e esforço no englobamento de várias necessidades sentidas nos múltiplos contextos descritos no corpo do trabalho, bem como as necessidades por mim sentidas. Toda esta experiência, permitiu-me contemplar a diversidade de contextos da área de enfermagem e como existem peculiaridades que tornam os cuidados de enfermagem únicos e individualizados. Permitiu-me ainda consolidar conteúdos teóricos previamente adquiridos no decorrer do curso de mestrado. A sua elaboração, proveu-me a oportunidade de compreender, num sentido mais lato, a importância de uma reflexão, que se torna escrita e que é fundamental para aprofundar o processo de aquisição de conhecimentos, permitindo ainda incorporar as competências adquiridas.

Assim, no final deste percurso, posso evidenciar que experiencio uma sensação de realização pessoal e profissional, tendo a motivação certa para dar o meu contributo na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, através da implementação de projetos futuros. A enfermagem revela-se uma disciplina, constantemente em mudança e sempre com nova evidência científica disponível, e pretendo manter uma atitude ativa na busca de novos conhecimentos, técnicas e, mais importante que tudo, perspetivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto contexto enfermagem*, 14(3), 372-382.
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22.
- Badolamenti, S., Sili, A., Caruso, R. & Fida, R. (2017). What do we know about emotional labour in nursing? A narrative review. *British Journal of Nursing*, 26(1), 48-55.
- Bowlby, J. (1984). *Apego, Separação, Perda*. São Paulo: Martins Fontes
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação: guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carpinteira, S., Sanchez, M., Pereira, M. & Castro, M. (2014). The theoretical models in nursing services in vision of nurses of assistance: an exploratory study. *ACC CIETNA*, 2(2), 5-19.
- Christian, B. (2021). Translational research – the universal nature of chronic conditions in children and family adaptation. *Journal of pediatric nursing*, 57, 93-95.
- Compas, B., Jaser, S., Dunn, M. & Rodriguez, E. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *The annual review of clinical psychology*, 8, 455-480
- Coughlin, M. E. (2017). *Trauma-Informed Care In The NICU - Evidence-Base Practice Guidelines For Neonatal Clinicians*. LLC: Springer Publishing Company
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto (2014). reforço do papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários. *Diário da República*, 1ª série, N.º 149 (05-08-2014) 4069-4071.
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho (2017). *Diário da República*, 1ª série, N.º 118 (21-06-2017) 3128-3140.
- Despacho n.º 3762/2015 de 15 de abril. *Diário da república n.º 73/2005 – II série*. Lisboa: Ministério da Saúde – gabinete do secretário de estado adjunto do Ministro da Saúde
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Autor

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Um modelo orientador da prática (2º versão revista). Acedido a 1/06/2022 em: <https://www.researchgate.net/publication/337447491> Trabalho Emocional e m Enfermagem Pediatrica um Modelo orientador da pratica 2 versao revista
- Diogo, P. & Esteves, P. (2018). Intervenção de enfermagem na promoção do sentimento de normalização no quotidiano da criança com uma condição crónica e família: uma revisão scoping, *Pensar Enfermagem*, 22(2), 45-62
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 1-5.
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Pensar enfermagem*, 23(1), 21-40.
- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L. & Almeida, A. (2020). Cuidar da criança com condição crónica e de sua família: competência emocional dos enfermeiros pediatras. In Associação Brasileira de Enfermagem, Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, Gaíva, M., Toso, B. & Mandetta, M. (Org.), *PROENF programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente: ciclo 15* (pp.81-117). Porto Alegre: Artmed panamericana
- Diogo, P., Sousa, O., rodrigues, J., Caeiro, M. & Fonseca, R. (2016). Diagnósticos de enfermagem relacionados com as respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada. *Investigação qualitativa em saúde*, 2, 513-523.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar enfermagem*, 20(2), 26-47.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar enfermagem*, 18(2), 45-60.
- Franck, L. (2021). *Como confortar um bebé nos cuidados intensivos*. Associação portuguesa para o estudo da dor.

- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 122-187). Loures: LUSOCIÊNCIA
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coord.), *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. Loures: Lusociência
- Im, Y. & Kim, D. (2021). Family Management Style and Psychosocial Health of Children with Chronic Conditions. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 483-492.
- Instituto de apoio à criança (1988). *Carta da criança hospitalizada*. Acedido em: https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Kerouac, S., Pepin, J. & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière*. Beauchemin: Chenelière education
- Kuhn, T. (1998). *As estruturas das revoluções científicas* (5ª Edição). São Paulo: Editora perspectiva
- Lacerda, A., Oliveira, G., Cancelinha, C. & Lopes, S. (2019). Utilização do internamento hospitalar em Portugal continental por crianças com doenças crónicas complexas (2011-2015). *Acta médica portuguesa*, 32(7-8), 488-498.
- Leite, M., Gomes, I., Leite, M. F., Oliveira, B., Rosin, J. & Collet, N. (2012). Condição crónica na infância durante a hospitalização: sofrimento do cuidador familiar. *Ciência cuidar e saúde*, 11(1), 51-57.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Lisboa: Comité português para a UNICEF
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 248-256.
- Mcelfresh, P. & Merck, T. (2014). Cuidados à criança centrados na família durante doença e hospitalização. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coord.), *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. Loures: Lusociência
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice – a concept analysis. *Nurse education in practice*, 8, 412-419.
- Ministério da saúde (2015). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: pneumologia*. Lisboa: Autor
- Mokkink, L., Lee, J., Grootenhuis, M., Offringa, M. & Heymans, H. (2008). Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0–18 years of age):

- national consensus in the Netherlands. *European journal of pediatrics*, 167, 1441-1447.
- Nelson, J., DiNapoli, P., Turkel, M. & Watson, J. (2011). Concepts of caring as construct of caritas hierarchy in nursing knowledge: conceptual-theoretical-empirical. In Nelson, J. & Watson, J. (Eds.) *Measuring caring: international research on caritas as healing* (pp. 3 – 18). New York: Springer publishing company
- Pickles, D., Lihn, S., Boat, T. & Lannon, C. (2020). A Roadmap to Emotional Health for Children and Families With Chronic Pediatric Conditions. *Pediatrics*, 145(2), 1-4.
- Regulamento Nº351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (Nº119 de 22-07-2015), 16660-16665.
- Regulamento Nº140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 1992-1994.
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M. & Erdmann, A. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de enfermagem referência*, 4(4), 137-146
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto contexto Enfermagem*, 27(2), 1-9.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coords.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol 2, pp.1025–1060). Loures: Lusociência.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la aprendizaje en las profissõeses*. Barcelona: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver as competências. *Revista de enfermagem referência*, 3, 15-23.

- Silva, M., Collet, N., Silva, K & Moura, F. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crónica na infância. *Acta Paulista Enfermagem*, 23(3), 359-65.
- Silva, M., Gomes, I., Machado, A., Vaz, E., Reichert, A. & Collet, N. (2014). Implicações da condição crónica da criança para sua família. *Ciência cuidar e saúde*, 13(4), 697-704.
- Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Silva, M., Reichert, A., Souza, S., Pimenta, E. & Collet, N. (2018). Doença crónica na infância e adolescência: vínculos na família na rede de atenção à saúde. *Texto contexto enfermagem*, 27(2), 1-11.
- Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2014). *Cuidados paliativos pediátricos*. Lisboa: Grupo de apoio à pediatria
- Tobo Medina, N., Bentacur Mesa, P., & De la Cruz Enríquez, C. (2017). Estímulos, afrontamiento y adaptación en padres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(2), 161.
- Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp.293-309). Lisboa: Lidel
- Vilelas, J. & Diogo, P. (2014). O trabalho emocional na práxis de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 145-149.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão de conceito. *Revista de ciências da saúde da ESSCVP*, 5, 41-50
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2005). *Revised edition: caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Watson, J. (2007). *Nursing: human science and human care – a theory of nursing*. Burlington: Jones & Bartlett
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: a theory of nursing*. (2a ed.), Ontario: Jones & Bartlett Learning.

- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing*.
Louisville, Colorado: University Press of Colorado.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M.
Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*.
(9ª Edição). (p. 240-293). Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2018). Preventing chronic diseases a vital investment.
Acedido em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma

Mês	Out 2021			Nov 2021			Dez 2021					Jan 2022				Fev 2022				
	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21
Contextos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	02	9	16	23	30	6	13	20	27
Urgência pediátrica	■	■	■	■																
Cuidados saúde primários (USF)					■	■	■	■												
Internamento pediátrico									■	■			■	■						
Consulta desenvolvimento															■	■				
Unidade de cuidados intensivos neonatais																	■	■	■	■

Férias de Natal

Apêndice II – Guia orientador das atividades de estágio

NOTA INTRODUTÓRIA:

No âmbito 12.º curso de mestrado e especialização na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi elaborado um projeto que será implementado ao longo dos estágios do terceiro semestre. A duração dos estágios será de 18 semanas.

O presente documento tem como objetivo, proceder a uma apresentação sumária do projeto em questão.

PROBLEMÁTICA:

Tema geral: Cuidar da criança com condição crónica e família;

Problema de estudo: Vivências da família ao nível da emocionalidade;

Objeto de estudo: Trabalho emocional do enfermeiro;

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

O presente projeto, intitulado “Cuidar a criança com condição crónica: trabalho emocional do enfermeiro com a família”, foca-se como explanado na problemática anteriormente apresentada, na condição crónica na criança e no quanto essa mesma condição pode afetar as vivências emocionais da criança e sobretudo da família.

O tema foi escolhido tendo em conta o meu contexto da prática clínica (serviço de cirurgia e pneumologia pediátrica) e os meus interesses pessoais, pois ao longo do meu percurso, tornou-se evidente as lacunas que existem nesta área do cuidar.

No contexto da enfermagem de saúde infantil e pediátrica é importante ressaltar, que o conceito de pessoa é descrito como a criança/jovem e a família, sendo a criança compreendida como “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661) e a família compreendida como “o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661). Pensando nesta perspetiva, seria impossível indissociar o conceito de criança, do conceito de família ou descurá-lo.

Quanto à criança com condição crónica, a necessidade de desenvolver esta temática, surge da constatação de que o número de crianças com condição crónica que sobrevive a estes diagnósticos tem vindo a aumentar, muito devido ao desenvolvimento ocorrido no âmbito da ciência e dos cuidados de saúde. Em Portugal, e embora a prevalência da condição crónica não seja conhecida com exatidão, pode

realizar-se uma estimativa que aponta para cerca de 6000 crianças e jovens com a mesma (Grupo de Apoio à Pediatria, 2014). Para além de a prevalência se revelar significativa, estima-se também que a condição crónica seja responsável por um terço das hospitalizações pediátricas e que estas crianças representem uma parte muito importante do internamento hospitalar e da despesa do mesmo (Lacerda et al, 2019). Além de tudo isto, o desenvolvimento das ciências da saúde permitiu que a esperança média de vida destas crianças tenha vindo a aumentar significativamente, o que leva também à existência de desafios cada vez maiores (McElfresh & Merck, 2011). No contexto hospitalar, o enfermeiro é responsável por cuidar da criança e família em processos de agudização da condição crónica, mas no caso das consultas de desenvolvimento, o enfermeiro tem também uma intervenção de relevo pois pode ser responsável por “proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças” (Direção-geral da saúde, 2013, p.9). Assim, esta é uma realidade bastante atual que se constitui como um desafio para a enfermagem, e que exige múltiplos níveis de intervenção, nomeadamente a valorização da gestão emocional (Diogo et al, 2020).

Os múltiplos desafios que as crianças com condição crónica e família encontram para se adaptar à mesma são de natureza universal para todas as condições (Christian, 2021), sendo que a notícia deste tipo de condição é quase sempre um fator de stress. O número cada vez maior de crianças com condições crónicas e de famílias que assumem os seus cuidados, veio reforçar a importância de novas abordagens, tendo feito emergir a importância dos cuidados centrados na família. Sendo que na grande maioria dos casos, a probabilidade de cura não existe, os profissionais devem centrar os seus esforços nos cuidados, que têm como objetivo minimizar as manifestações da doença e maximizar o potencial da criança. A abordagem dos cuidados centrados na família, irá então facilitar este objetivo (McElfresh & Merck, 2014). A família deve ser vista como uma referência no desenvolvimento da criança e desempenha um papel fundamental pois é esta que muitas vezes defende os direitos da criança e que funciona como fator de proteção, promovendo a adaptação da mesma (Diogo et al, 2020). Seguindo uma perspetiva centrada na família, deve-se prestar atenção aos efeitos da condição crónica não só na criança, mas também nos membros da família, pois os preditores do bem-estar da criança, incluem fatores associados ao funcionamento da família (McElfresh & Merck, 2014).

No âmbito do cuidar da criança com condição crônica e família, a existência de uma competência emocional do enfermeiro durante a sua intervenção, revela-se indispensável durante todo o processo, desde o diagnóstico, passando por os períodos de agudização da condição e até à fase de fim de vida. Durante o desenrolar deste percurso, tanto as crianças como as famílias, enfrentam, uma fragilidade emocional, precisando por isso da intervenção do enfermeiro que lhes permita ajudar a lidar com as emoções (Diogo et al, 2020). São várias as que a criança e a família experienciam e o cuidar em enfermagem não pode revelar-se indiferente às mesmas (Watson, 2018). Incluindo e unindo o cuidado e o amor no nosso trabalho e nas nossas vidas, podemos afirmar que a enfermagem se torna mais que uma profissão e que ajuda a sustentar a dignidade humana e a humanidade (Watson, 2008, 2018). Assim, é de salientar, que para que o enfermeiro consiga garantir um acompanhamento e um suporte emocional à criança e família, é fulcral que também ele próprio desenvolva capacidade de gerir as suas emoções, permitindo assim uma melhor gestão emocional por parte dos clientes (Diogo et al, 2020). A importância desta gestão emocional enfatiza o conceito de trabalho emocional em enfermagem, pois este é centrado em três dimensões: o enfermeiro, o cliente e a relação entre ambos (Diogo, 2019) e promove não só a gestão emocional por parte da pessoa cuidada, mas também a regulação emocional dos profissionais de saúde (Diogo & Mendonça, 2019). De modo a prestar cuidados de enfermagem com enfoque nas emoções e na importância das mesmas, os enfermeiros podem desenvolver a sua prática baseando-se no modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015, 2019). Este modelo promove o trabalho emocional, que é responsável por permitir o desenvolvimento de uma estabilidade na “relação enfermeiro-criança-família e promove um ambiente seguro, empático e afetuoso, o que condiciona positivamente a gestão emocional dos partícipes dessa relação” (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021, p.5). 2019). O mesmo define cinco categorias de intervenção que devem a sua designação à intencionalidade terapêutica que apresentam e que se interligam entre si: promover um ambiente seguro e afetuoso; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções dos clientes; construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (Diogo, 2015).

No essencial, o trabalho emocional do enfermeiro visa a gestão da emocionalidade da família e permite a modificação de estados emocionais perturbadores e com tonalidade negativa (Diogo et al, 2020). Este é “fundamental no cuidado à família da criança com condição crônica, na medida em que essa vivência

está impregnada de forte dimensão afetivo-emocional, com potencial impacto perturbador e negativo pela sua intensidade, duração e desgaste” (Diogo et al, 2020, p.99).

Com o projeto, pretende-se que ocorra uma reflexão acerca das práticas e a partilha de conhecimento e experiências com peritos na área, através da realização de estágios nos diversos contextos. Assim, para a operacionalização do mesmo, foram então definidos objetivos gerais e específicos para cada um dos contextos, bem como propostas de atividades, em função desses mesmos objetivos.

OBJETIVOS GERAIS

Para desenvolver e adquirir as competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, ao longo deste percurso e a operacionalizar o presente projeto, defini dois objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns e competências específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica para cuidar a criança e a família nos diferentes contextos da prática;

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica relativas ao cuidado emocional da criança e da família com especial enfoque nas necessidades da família da criança com condição crónica.

De forma a cumprir com os objetivos descritos e a operacionalizar os mesmos e o presente projeto, foram delineados objetivos específicos bem como atividades a desenvolver, que se encontram espelhados nas seguintes tabelas, para cada contexto de estágio.

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Objetivos específicos	Atividades
Conhecer as dinâmicas do serviço, bem como as filosofias de cuidados do mesmo e a vertente organizacional e funcional do mesmo.	<ul style="list-style-type: none">- Consulta dos manuais, normas e protocolos existentes;- Reunião com enfermeira orientadora, no sentido de compreender qual a área de abrangência do serviço, qual a caracterização da população, como ocorre a articulação com outros

	<p>serviços/instituições e sobre os modelos que orientam a prática clínica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observação da prática de cuidados e reflexão sobre a mesma com o enfermeiro orientador;
<p>Adquirir conhecimentos e competências sobre a prática de cuidados especializados à criança e família em situações emergentes e urgentes e de especial complexidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do enfermeiro orientador na prestação de cuidados, bem como a posterior participação nos mesmos; - Identificação das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro orientador durante o acolhimento e prestação de cuidados à criança e família; - Cuidar da criança e família;
<p>Desenvolver competências no âmbito das estratégias de gestão emocional da criança e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades emocionais da criança e família, através da observação e posterior participação nos cuidados; - Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, no âmbito do cuidado/gestão emocional, através da observação e do cuidar; - Estimulação da expressão das emoções da criança e família, tendo em conta a importância de mobilizar técnicas adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança; - Reflexão sobre uma experiência que tenha sido intensa do ponto de vista emocional para a criança e família e enfermeiro durante a prestação de cuidados no serviço de urgência através da realização de um jornal de aprendizagem; - Realização de uma entrevista a um enfermeiro perito na temática do trabalho emocional, de forma a identificar quais as estratégias utilizadas no serviço para minimizar a emocionalidade

intensa vivida pela criança e família (especialmente a criança com condição crónica);

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – USF

Objetivos específicos	Atividades
Conhecer as dinâmicas do contexto no âmbito da área da saúde infantil e juvenil	<ul style="list-style-type: none">- Consulta dos manuais, normas e protocolos existentes na área da saúde infantil;- Reunião com enfermeira orientadora, como forma de conhecer a área da abrangência do centro de saúde, a sua população, como se articula com outros serviços de saúde e quais os modelos que orientam a prática;- Observação da dinâmica utilizada durante o atendimento em consulta de saúde infantil e pediátrica e reflexão sobre a mesma com o enfermeiro orientador;
Consolidar conhecimentos e competências sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança	<ul style="list-style-type: none">- Observação do enfermeiro orientador durante a realização de consulta de vigilância de saúde infantil;- Identificação da intervenção do enfermeiro especialista na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança utilizando as escalas preconizadas;- Realização de uma consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil autonomamente sob supervisão e posteriormente realização dos registos de enfermagem;- Elaboração de um diário de campo da avaliação de uma criança (se possível, uma criança com uma condição crónica)
Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional da criança e família	<ul style="list-style-type: none">- Identificação das necessidades emocionais da criança e família, através da observação e participação nos cuidados (quer na consulta de saúde infantil e juvenil, quer na sala de vacinação);- Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, no âmbito do cuidado/gestão emocional, através da observação da prática e dos registos de enfermagem realizados em sistema informático;

	<p>-Estimulação da expressão das emoções da criança e família, tendo em conta a importância de mobilizar técnicas adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança;</p> <p>- Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil tendo por base o Modelo TEEP (com recurso aos seus 5 componentes) e realização de uma reflexão escrita sobre o tema – se possível com criança com condição crónica;</p>
--	---

INTERNAMENTO

Objetivos específicos	Atividades
Aprofundar conhecimentos sobre as dinâmicas do serviço, no âmbito da vertente organizacional e funcional do mesmo	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dos manuais, normas e protocolos existentes; - Reunião com enfermeira orientadora para apresentação de projeto de estágio, como forma de o a ajustar à dinâmica de cuidados e recursos existentes; - Observação da prática de cuidados e reflexão sobre a mesma com o enfermeiro orientador;
Prestar cuidados especializados à criança com condição crónica e família	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do enfermeiro orientador na prestação de cuidados, bem como a posterior participação nos mesmos; - Identificação das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro orientador durante a prestação de cuidados à criança e família; - Cuidar da criança e família, com base nas estratégias adequadas; - Realização de registos de enfermagem no sistema informático, no âmbito dos cuidados que foram prestados; - Refletir sobre o sentimento de normalização da família da criança com condição crónica, através da análise de situação de cuidados com a enfermeira orientadora;
Desenvolver competências no	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da interação entre o enfermeiro orientador e a criança com condição crónica e família;

<p>âmbito da comunicação com a criança com condição crónica e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participação na interação entre enfermeiro, criança com condição crónica e família; - Utilização de comunicação adequada ao nível de desenvolvimento da criança, à sua condição de saúde e também ao nível de literacia da família; - Realização de pesquisa bibliográfica sobre temática da comunicação, nomeadamente acerca de estratégias para comunicar mais eficazmente com a criança; - Elaboração de um dossier sobre estratégias de comunicação, nas diferentes faixas etárias, para o serviço;
<p>Desenvolver competências no âmbito das estratégias de gestão emocional da criança com condição crónica e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades emocionais da criança com condição crónica e família, através da observação e participação nos cuidados; - Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem no âmbito da gestão emocional, através da observação e dos registos de enfermagem, no sistema informático; - Estimulação da expressão das emoções da criança com condição crónica e família; - Realização de uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem com a temática “Cuidar da criança com condição crónica: Estratégias que minimizam a emocionalidade intensa vivida pela família”.

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

Objetivos específicos	Atividades
<p>Conhecer as dinâmicas do contexto (tanto a nível estrutural, como organizacional como em termos de funcionamento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dos manuais, normas e protocolos existentes; - Reunião com enfermeiro orientador, como forma de conhecer a área da abrangência da consulta, a sua população, como se articula com outros serviços de saúde e quais os modelos que orientam a prática; - Reunião com enfermeira orientadora para apresentação de projeto de estágio de modo a ajustá-lo à dinâmica de cuidados e recursos existentes.

	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da dinâmica utilizada durante o atendimento em consulta e reflexão sobre a mesma com o enfermeiro orientador;
<p>Consolidar conhecimentos e competências sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do enfermeiro orientador durante os cuidados; - Identificação da intervenção do enfermeiro especialista na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança com condição crónica, utilizando as escalas preconizadas; - Realização de cuidados autonomamente sob supervisão e posteriormente realização dos registos de enfermagem;
<p>Prestar cuidados especializados à criança com condição crónica e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do enfermeiro orientador na prestação de cuidados, bem como a posterior participação nos mesmos; - Identificação das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro orientador durante a prestação de cuidados à criança e família; - Cuidar da criança e família, com base nas estratégias adequadas; - Realização de registos de enfermagem no sistema informático, no âmbito dos cuidados que foram prestados; - Refletir sobre o sentimento de normalização da família da criança com condição crónica, através da realização de um jornal de aprendizagem;
<p>Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional da criança com condição crónica e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades emocionais da criança e família, através da observação e participação nos cuidados; - Identificação das estratégias utilizadas em consulta pelo enfermeiro orientador no âmbito da gestão da emocionalidade da família da criança com condição crónica;

	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de diagnósticos e respetivas intervenções no âmbito do cuidado emocional, através da verificação dos registos informáticos; - Estimulação da expressão das emoções da criança e família, tendo em conta a importância de mobilizar técnicas adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança, bem como ao grau de conhecimento que a família já possui; - Prestação de cuidados em consulta, com enfoque nas necessidades emocionais da família através da mobilização de intervenções onde se evidencie o trabalho emocional nos cuidados prestados; - Reflexão sobre a aplicabilidade dos 10 elementos da teoria de Jean Watson, no contexto da consulta de desenvolvimento através da realização de documento escrito.
--	--

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Objetivos específicos	Atividades
Conhecer as dinâmicas do serviço, bem como as filosofias de cuidados do mesmo e a vertente organizacional e funcional.	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dos manuais, normas e protocolos existentes; - Reunião com enfermeira orientadora, no sentido de compreender qual a área de abrangência do serviço, qual a caracterização da população, como ocorre a articulação com outros serviços/instituições e sobre os modelos que orientam a prática clínica; - Observação da prática de cuidados e reflexão sobre a mesma com o enfermeiro orientador;
Adquirir e aprofundar conhecimentos e competências sobre a prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do enfermeiro orientador na prestação de cuidados, bem como a posterior participação nos mesmos; - Identificação das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro orientador durante a prestação de

especializados ao recém-nascido e família	cuidados ao recém-nascido para integração da família nos mesmos; - Cuidar do recém-nascido sob supervisão da enfermeira orientadora, tendo em conta os cuidados protetores do neurodesenvolvimento do mesmo;
Desenvolver competências no âmbito das estratégias de gestão emocional do recém-nascido e família	- Identificação das necessidades emocionais da família do recém-nascido, através da observação e posterior participação nos cuidados; - Identificação, através da observação, das principais estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista na gestão da emocionalidade intensa vivida pelos pais de recém-nascidos pré-termo; - Identificação, através da observação e dos registos de enfermagem, dos diagnósticos e intervenções utilizados no âmbito do cuidado emocional à família do recém-nascido; - Reflexão sobre a articulação entre as 5 categorias do modelo TEEP e os 10 elementos da teoria de Jean Watson e a sua aplicabilidade na UCIN, através da realização de um documento escrito;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Christian, B. (2021). Translational research – the universal nature of chronic conditions in children and family adaptation. *Journal of pediatric nursing*. 57, 93-95.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2a ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Um modelo orientador da prática (2o versão revista). Acedido a 1/05/2021 em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_e_m_Enfermagem_Pediatica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista

- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 1-5.
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Pensar enfermagem*. 23(1), 21-40.
- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L. & Almeida, A. (2020). Cuidar da criança com condição crónica e de sua família: competência emocional dos enfermeiros pediatras. In Associação Brasileira de Enfermagem, Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, Gaíva, M., Toso, B., ; Mandetta, M. (Org.), *PROENF programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente: ciclo 15* (pp.81-117). Porto Alegre: Artmed panamericana.
- Lacerda, A., Oliveira, G., Cancelinha, C. & Lopes, S. (2019). Utilização do internamento hospitalar em Portugal continental por crianças com doenças crónicas complexas (2011-2015). *Acta médica portuguesa*, 32(7-8), 488-498.
- McElfresh, P. & Merck, T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coord.), *Wong Enfermagem da criança e do adolescente* (pp.897-930). Loures: Lusociência
- Regulamento N°351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (N°19 de 22-07-2015), 16660-16665;
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2014). Cuidados paliativos pediátricos. Lisboa: Grupo de apoio à pediatria
- Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science*. Colorado: University Press of Colorado

Apêndice III – Jornal de aprendizagem: serviço de urgência pediátrica



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

**Jornal de aprendizagem: serviço de urgência
pediátrica**

Discente: Ana Bárbara Cebola Ferreira

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2022**

A reflexão sobre situações concretas da prática de cuidados e sobre o conhecimento desenvolvido, torna-se fulcral para o desenvolvimento de conhecimento e competências na área de enfermagem. A prática reflexiva, com o passar dos anos, tem vindo a revelar-se um meio de capacitar não só os estudantes, mas também os profissionais de enfermagem a adquirirem conhecimento mais profundo sobre os seus saberes e as suas práticas (Santos & Fernandes, 2004). Assim, para realizar o presente jornal de aprendizagem, utilizei como orientação para o meu processo reflexivo, o ciclo de Gibbs.

No desenrolar do estágio na urgência pediátrica, foram algumas as situações que poderiam levar à realização do presente jornal de aprendizagem, no entanto, optei por escolher uma situação, que do ponto de vista pessoal e profissional, identifiquei como mais marcante.

1. Descrição

No dia 27 de Outubro, encontrava-me com a enfermeira orientadora no serviço de observação (SO) da urgência pediátrica a realizar um turno e ficámos responsáveis por cuidar da “Maria” que se encontrava acompanhada pela mãe.

A Maria era uma lactente de 1 mês e 25 dias, que deu entrada no SO referenciada da consulta de neurocirurgia por apresentar aumento do perímetro cefálico e hidrocefalia. Encontrava-se a aguardar transferência para um piso de internamento, para posterior ida ao bloco operatório onde realizariam a colocação de um sistema de derivação ventrículo-peritoneal. Apresentava como antecedentes pessoais uma gravidez vigiada e muito desejada, por fertilização in vitro e ao nascer, identificaram-se algumas alterações físicas, nomeadamente apêndices pré-auriculares bilaterais, uma fontanela anterior pequena, uma fontanela posterior grande. Apresentou um internamento de cerca de 2 semanas no serviço de neonatologia para esclarecimento de diagnóstico, tendo ficado com os diagnósticos de suspeita de síndrome de goldenhar, quisto aracnoideu e malformação vertebral.

Ao chegar junto da Maria, esta encontrava-se chorosa, no berço e apresentando indícios de fome, sendo que a mãe da Maria, a “Sra. Ana” se encontrava igualmente chorosa e bastante preocupada com toda a situação da filha. Apresentei-me após esta abordagem inicial e referi que iria ser eu a cuidar da Maria naquela manhã, pelo menos até a mesma ser transferida para um piso de internamento. A sra. Ana verbalizou por várias vezes sentir medo da cirurgia e do que viria a acontecer no futuro, tendo também referido sentir bastante frustração por não ter tido um

diagnóstico pré-natal da situação, pois sentia que teria sido “mais fácil o processo de adaptação, se já tivesse consciente do problema” (SIC). Após a observação da Maria e de escutar a mãe no seu desabafo, de forma a dar-lhe algum apoio emocional, questionei se queria que fosse eu a dar o biberão à Maria, para que ela própria pudesse ir ao exterior, estar um pouco ao ar livre e conversar com o marido e pai da Maria. A mesma referiu que não, deu o biberão e só após a menina adormecer, quis sair. Quando regressou, mantinha-se ansiosa, verbalizando inúmeras vezes a sua preocupação e realizando múltiplas questões sobre as condições do internamento e a possibilidade de acompanhamento da menina por ambos os pais, mas menos chorosa. Fui respondendo às questões que me colocou, tendo ficado em silêncio durante alguns dos seus períodos de desabafo e posteriormente, quando a Sra. Ana me pareceu mais esclarecida e calma, ausentei-me de junto de ambas, para retomar à sala de trabalho de enfermagem. Ao chegar à sala de enfermagem, revelei que achava pertinente a mãe da Maria ter apoio da psicologia e questionei o que poderíamos fazer para agilizar esse processo.

2. Sentimentos

Durante o desenrolar da situação, os sentimentos que vivenciei, foram bastantes distintos, mas que se interligaram.

Durante a abordagem inicial à Maria e à mãe, por me encontrar num contexto diferente do meu contexto habitual, senti-me um pouco ansiosa e com medo de não conseguir cuidar da Maria da forma mais adequada. Senti ainda medo por não saber se conseguiria dar o suporte emocional que a mãe necessitava, de forma correta.

Posteriormente, com o desenrolar da situação, senti-me cada vez mais segura das minhas intervenções, experienciando um sentimento de realização pessoal, e de felicidade. Senti que a mãe da Maria adquiriu confiança em mim e nas minhas competências, razão pela qual desabafou comigo e colocou questões, que sentiu que eu poderia e saberia responder.

3. Avaliação

Da situação apresentada, considero que emergem aspetos maioritariamente positivos, mas também alguns aspetos negativos que deverão ser tidos em conta, em acontecimentos futuros.

De salientar como aspeto positivo, a possibilidade que me foi dada para cuidar da Maria e da Sra. Ana de forma praticamente autónoma, o que revelou uma confiança

em mim por parte da enfermeira orientadora, que me levou a mim mesma a também desenvolver confiança.

A capacidade que apresentei de ocultar a minha ansiedade e o meu nervosismo, colocando o foco do cuidar maioritariamente na criança e família, e não em mim mesma, deve também ser salientada como um aspeto positivo e que revela um autoconhecimento essencial.

Quanto aos aspetos negativos, considero que foi precoce, tendo em conta a relação terapêutica que me encontrava a estabelecer, questionar a Sra. Ana sobre se queria ausentar-se ficando eu a cuidar da Maria. Encontrávamos ainda numa fase inicial da relação e a mesma sugestão poderia levar a mãe da Maria a questionar o porquê de eu a querer fora do serviço, ou a pensar que eu poderia não querer ouvir as suas preocupações.

A situação ocorreu no serviço de observação, que é constituído por uma sala ampla com todas as camas próximas. Assim, apesar de ter corrido as cortinas enquanto cuidava da Maria e falava com a Sra. Ana, seria melhor que a conversa com a mesma tivesse ocorrido num local mais calmo e privado, sendo um local sempre com bastante barulho e agitação.

No fundo, este acontecimento teve um desfecho favorável para ambas as partes envolvidas. Para a mãe que ficou visivelmente mais calma e esclarecida e para mim, pois possibilitou-me desenvolver confiança, mas também competências essenciais como enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

4. Análise

O enfermeiro deve ter consciência que a “crise relacionada com a doença infantil e hospitalização é a maior fonte de stress e ansiedade para cada membro da família (...) medo, ansiedade e frustração são sentimentos comuns expressos pelos pais” (Sanders, 2014, p.1034), sendo que para a criança, muitas vezes, a doença e a hospitalização são as primeiras crises que estas enfrentam (Sanders, 2014). Torna-se fundamental, que o enfermeiro acolha a criança e a família, sendo que o ato de acolher envolve sempre um binómio (quem acolhe, ou seja, o enfermeiro e quem é acolhido, ou seja, a criança e família) e permite estabelecer uma relação de confiança (Vaz & Trigo, 2020). O acolhimento inicial, com a apresentação pelo nome, explicando que cuidar da Maria naquela manhã, revelou-se importante porque permitiu à mãe da mesma, iniciar uma relação de confiança.

Recorrer ao serviço de urgência revelou-se gerador de stress e um fator de ansiedade para a mãe da Maria. Na situação descrita, seria impossível indissociar a Maria da sua mãe, tendo sido fundamental incluir a mãe e esclarecer as suas dúvidas. A Ordem dos Enfermeiros (2018) defende que se deve considerar o binómio criança/família como alvo do cuidar do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria. Em contexto de cuidados pediátricos, cuidar em enfermagem pressupõe que os enfermeiros demonstrem compaixão e empatia e permitam o desenvolvimento de uma relação terapêutica (Hockenberry & Barrera, 2014)

Permitir a expressão de emoções por parte da Sra. Ana, sem emitir opiniões ou juízos de valor, revela a preocupação com um cuidar de excelência. Visto que, embora a emocionalidade intensa e o sofrimento sejam inerentes ao processo de transição saúde-doença, o enfermeiro deve ser responsável por atuar ao nível das emoções, através do apoio que deve ser dado à criança e família e que permite atenuar o sofrimento. Deverá existir uma compreensão das emoções, neste caso da mãe da Maria, para que se desenvolva um cuidado emocional efetivamente competente (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021).

Referenciar a Sra. Ana para um profissional mais apto a ajudá-la a lidar com as suas emoções perante a situação de doença da Maria, revele ainda um autoconhecimento significativo de mim mesma enquanto enfermeira, tendo permitido que atuasse rapidamente sobre a situação e que desenvolvesse competências a nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens realizadas.

5. Conclusão e planeamento da ação

A situação foi bastante positiva, tendo terminado com um sentimento de “dever cumprido” da minha parte, com uma Maria bem cuidada e com a Sra. Ana mais calma e com maior *empowerment* no que dizia respeito à situação da Maria.

No final do turno, a Maria acabou por ser transferida, acompanhada de uma mãe calma, colaborante e que esboçava um leve sorriso.

No futuro, será importante manter as estratégias utilizadas, que permitiram ter um resultado positivo. Será importante manter presente a necessidade de um acolhimento correto, bem como, o conceito fundamental do binómio criança/família.

Deverei melhorar a compreensão sobre a melhor altura para sugerir determinadas situações à família, adequando-as ao nível de confiança e de relação já estabelecido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 1-5.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coord.), *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. Loures: Lusociência
- Regulamento Nº 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–19194.
- Regulamento Nº140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coords.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol 2, pp.1025–1060). Loures: Lusociência.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.
- Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp.293-309). Lisboa: Lidel

Apêndice IV – Entrevista a perito



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Entrevista a perito

Discente: Ana Bárbara Cebola Ferreira

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2022**

ÍNDICE

Introdução	3
1. Plano de entrevista	5
2. Entrevista	6
3. Reflexão e aquisição de competências	10
Referências bibliográficas	12

INTRODUÇÃO

As crises de doença e hospitalização são, frequentemente, descritas como uma das primeiras crises na vida da criança. Estas crises representam mudança a nível do estado habitual de saúde e da rotina familiar, sendo que as crianças possuem um número limitado de mecanismos de coping que lhes permita lidar com o stress (Sanders, 2014). Este período de stress e ansiedade, leva a que a criança experiencie medos, sendo estes medos algo com que os enfermeiros no serviço de urgência se confrontam frequentemente (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Assim, no serviço de urgência pediátrica, torna-se fundamental a necessidade de mobilizar estratégias que envolvam as emoções humanas, pois os enfermeiros devem atuar no sentido da regulação das emoções, através do desenvolvimento de interações diretamente relacionadas com a gestão das emoções na criança e família. Através da atuação no campo da gestão emocional, os momentos emocionalmente intensos vividos no serviço de urgência, têm uma maior tendência a ser superados e transformados numa experiência positiva (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). No caso da criança com condição crónica, a sua vivência está muitas vezes associada a uma alternância entre períodos no domicílio e períodos em que necessita de cuidados no hospital (Diogo et al, 2020) sendo por isso fundamental gerir as emoções destas crianças e famílias, durante a ida ao serviço de urgência, onde recorrem por agudização da situação de saúde. Refletir sobre o modo como a gestão das emoções é vivenciado no serviço de urgência e sobre as estratégias utilizadas no mesmo, revela-se então fulcral e permite a construção de novos conhecimentos e a aquisição de competências.

Apesar de desempenhar funções em contexto hospitalar, o serviço de urgência pediátrica sempre me foi desconhecido. Desta forma, considerei que seria importante a realização de uma entrevista a um perito na área, de modo a compreender qual a visão que existe relativamente à criança com condição crónica e família, quais as estratégias que são utilizadas na gestão emocional e qual a intencionalidade das mesmas. Neste sentido, optei por realizar a entrevista à enfermeira orientadora, não só por ser uma perita na área, com dez anos de experiência em enfermagem pediátrica no serviço de urgência, mas também por a mesma conhecer a temática que estou a desenvolver.

Para a realização da entrevista, redigi previamente um guião, onde constavam cinco questões sobre a temática anteriormente descrita.

Durante a realização da entrevista, foram respeitados os princípios da privacidade e confidencialidade, sendo que existiu um acordo, definido anteriormente, para a realização da mesma. O registo foi realizado em suporte papel e ao terminar, foi realizado o agradecimento ao perito entrevistado pela sua disponibilidade.

1. PLANO DA ENTREVISTA

Para a realização da entrevista, como já descrito anteriormente, foi elaborado um guião, que teve como objetivo funcionar como orientação para o desenvolvimento da mesma, e onde constavam as cinco questões seguintes:

1. Como enfermeira perita na área da urgência pediátrica, qual a sua opinião sobre o impacto que a condição crónica na criança tem na família?

2. Sente que os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência se encontram despertos para as emoções da família? E no caso da família de uma criança com condição crónica?

3. Que estratégias utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela família da criança que recorre ao serviço de urgência? E no caso da família da criança com condição crónica as estratégias são semelhantes?

4. A gestão das emoções representa, para si enquanto enfermeira perita, ganhos em saúde para a criança e família?

5. No caso da criança com condição crónica, pensa que esta gestão das emoções contribuí para um processo mais eficaz de normalização da condição crónica por parte da família?

2. ENTREVISTA

Questão 1: Como enfermeira perita na área da urgência pediátrica, qual a sua opinião sobre o impacto que a condição crônica na criança tem na família?

A doença crônica é uma realidade crescente na pediatria, e também na urgência pediátrica. A verdade é que a queda da mortalidade infantil e o aumento da sobrevivência na pediatria leva a que surjam mais casos de doença crônica e de outros problemas, o que se nota também na recorrência à urgência. A doença crônica pode originar nas famílias a sensação de não ter um filho perfeito ou o filho dos seus sonhos; implica também mais tempo e, muitas vezes, mais despesas, o que altera a dinâmica e a estrutura familiar. É essencial que haja coesão e união na família, uma vez que a doença crônica pode ressentir-se nas relações familiares, os irmãos que sentem falta de atenção, as prioridades que passam a ser outras. Essas alterações podem provocar ruptura familiar, especialmente quando já existem dificuldades na dinâmica.

Questão 2: Sente que os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência se encontram despertos para as emoções da família? E no caso da família de uma criança com condição crônica?

Os enfermeiros, de uma forma geral, encontram-se cada vez mais despertos para a área das emoções e da esperança. Na Pediatria, é cada vez mais notório esse investimento e essa preocupação. Os cuidados centrados na família são uma realidade crescente, até no serviço de urgência. Encarar a família como um elemento cuidador e um parceiro no cuidar é essencial para a promoção do cuidar e do bem-estar da criança e deverá estar sempre presente na equação interativa da família/enfermeiro.

Questão 3: Que estratégias utiliza para minimizar a experiência emocionalmente intensa vivida pela família da criança que recorre ao serviço de urgência? E no caso da família da criança com condição crônica as estratégias são semelhantes?

A experiência de hospitalização é, quase sempre, uma situação de stress e que deixa a criança e também a sua família numa situação frágil, de desequilíbrio emocional. A experiência de recorrer com a criança ao serviço de Urgência Pediátrica é sempre um desafio para as famílias, devido à vulnerabilidade e consoante as circunstâncias e o contexto dos cuidados. Quando se trata de uma criança com doença crónica, esta recorrência ao Hospital pode significar alterações no seu quotidiano e um possível internamento, que poderá interferir no seu processo de crescimento e desenvolvimento, incrementando a ansiedade não só da criança mas também da sua família.

Considero a comunicação essencial em todo o episódio de urgência, desde admissão até à alta; e nas famílias da criança com doença crónica, a comunicação é, mais uma vez, primordial. A comunicação é um fator fundamental à qualidade em saúde e para a segurança do cliente. É importante que os enfermeiros tenham noção da importância de uma correta comunicação, assim como as principais competências comunicacionais existentes e que deverão estar presentes no seu quotidiano. Possuir estas competências pode levar a menor cansaço e à melhoria da qualidade no cuidar. Na urgência, a comunicação é importante para manter os pais e as crianças calmos, integradas nos cuidados e esclarecidos de todo o processo. Desta forma, todo o episódio de urgência decorre da melhor forma! E isto funciona para todas as famílias. Um acolhimento hospitalar mais humanizado (e, muitas vezes, esse acolhimento passa pela urgência pediátrica) deve estar em constante aperfeiçoamento, e é essencial que os profissionais de saúde tenham essa noção. Um acolhimento é essencial para adaptação e aceitação do episódio na urgência e para que os pais/crianças se sintam confiantes e seguros na sua experiência.

Para além disso, o enfermeiro desenvolve uma relação de proximidade com a criança e família, com uma intervenção vital na humanização do processo de cuidados. Desta forma, é essencial que os enfermeiros considerem e desenvolvam estratégias específicas de gestão emocional na sua intervenção em enfermagem pediátrica, como, por exemplo, o brincar terapêutico, uma estratégia simples que minimiza o sofrimento emocional e stress da hospitalização para a criança e família.

Questão 4: A gestão das emoções representa, para si enquanto enfermeira perita, ganhos em saúde para a criança e família?

Sem qualquer dúvida! É indissociável! Não podemos falar em ganhos em saúde sem ter presente a base de qualquer pessoa, ou seja, sem falar de emoções, sentimentos, espiritualidade. Nos últimos tempos, tem sido notória e crescente a preocupação no que respeita aos cuidados de saúde pediátricos, envolvendo-os numa perspetiva holística de cuidar. Esta visão holística passa pelo ambiente, relação, compreensão da experiência humana no processo saúde/doença. Contudo, apesar de todos reconhecermos a emoção como um elemento importante, poucos profissionais avaliam este âmbito, reconhecendo que se sentem mal preparados para comunicar e desenvolver a emoção no cuidado.

Seria importante investir mais no campo da formação quer no âmbito das emoções, quer da comunicação. Os profissionais de saúde encontram-se numa posição de privilégio, em que podem promover a esperança dos pacientes, com as suas atitudes, comportamentos e formas de comunicação.

Questão 5: No caso da criança com condição crónica, pensa que esta gestão das emoções contribui para um processo mais eficaz de normalização da condição crónica por parte da família?

A gestão das emoções é ainda uma área pouco explorada e encarada com alguma cautela na saúde. Como já disse, muitos profissionais não se sentem preparados para dar esse apoio e, outros tantos, preferem nem sequer abordar esse campo. No entanto, a gestão de emoções deveria ser uma área de trabalho para todos os intervenientes no processo de doença. É importante que os pais/família reflitam sobre o que sentem, o porquê do seu sentimento e o que fazer com esse sentimento. Mas não só a família! Todos os profissionais de saúde deveriam fazer o mesmo! De forma a conseguirem apoiar, partilhar e viver em conjunto com a família este momento, demonstrando não só disponibilidade, mas também a sua essência.

É importante que a família se sinta apoiada no processo de doença crónica; que tenha noção das diferentes etapas que irá passar ao longo da vida (como a revolta, a negação, a aceitação) e aceitar que tudo isso é normal. E, por isso, pensar nas suas emoções, geri-las e ter apoio nas mesmas é fundamental. Esse apoio nem sempre tem de partir de profissionais, pode ser uma rede de apoio de amigos importantes e que lhe traga essa calma necessária.

Todos somos intervenientes diretos ou indiretos de situações de doença, em

diferentes momentos, e temos o dever de nos tornarmos agentes conscientes de mudança, expressando genuinamente o que se sente e criando um ambiente de aceitação e inclusão.

3. REFLEXÃO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A entrevista realizada permitiu que aprofundasse conhecimentos sobre a temática da condição crónica na criança e a gestão das emoções, em contexto de urgência pediátrica, mas também no contexto geral dos cuidados de enfermagem pediátrica. Permitiu ainda compreender melhor algumas das estratégias utilizadas para minimizar as experiências emocionalmente intensas e perturbadoras e desenvolver competências especializadas (comuns e específicas) no âmbito da enfermagem.

A admissão no serviço de urgência pediátrica, é muitas vezes o primeiro contacto que o enfermeiro tem com a criança e família. Na maioria dos casos, esta admissão, é realizada no contexto de agudização de uma condição crónica ou no contexto do aparecimento de uma doença aguda e geralmente, torna-se uma situação geradora de stress, devendo por isso iniciar-se com um contacto acolhedor e que transmita confiança (Vaz & Trigo, 2020). As intervenções dos enfermeiros, devem focar-se na gestão dos medos das crianças em contexto de urgência e revelar preocupação com a humanização dos cuidados, demonstrando para isso confiança e promovendo o fortalecimento de relações de parceria entre o enfermeiro e a criança/família. No fundo, na prática de enfermagem pediátrica, o confronto com a emocionalidade intensa e negativa, que se relaciona com o sofrimento das crianças, é comum e é por isso fulcral que o enfermeiro proceda a um trabalho a nível emocional com uma dupla centralidade (em si e também no cliente) (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Assim, refletir sobre as respostas dadas às questões colocadas na entrevista, permitiu constatar que existe uma preocupação crescente com a gestão das emoções no contexto de urgência e que este é um caminho de desenvolvimento de conhecimento e competências que deverá continuar a ser percorrido.

Para além do descrito anteriormente, foi possível desenvolver a técnica da entrevista, a reflexão crítica, o autoconhecimento e assertividade, fundamentais para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeira especialista. Ao definir esta atividade e ao preparar um guião com as questões a serem colocadas, refleti sobre os conhecimentos prévios que tinha e tomei mais consciência de mim enquanto pessoa e indissociavelmente, enquanto enfermeira. Compreendendo quais os recursos que já dispunha para desenvolver o cuidar da criança da criança com condição crónica e a gestão das emoções, e quais os que necessitava

desenvolver, adquirir competências no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Posteriormente, após a realização da entrevista e a reflexão sobre as respostas obtidas, passei a suportar a prática clínica em evidência científica de forma mais estruturada, no que diz respeito à temática da condição crónica e gestão emocional. Realizei pesquisa científica mais aprofundada sobre as temáticas, usando métodos adequados (como a pesquisa em bases de dados científicas, revistas da área e livros atuais), o que culminou no desenvolvimento não só de conhecimentos, mas também de competências no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Foram desenvolvidas ainda competências no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019) pois através da aquisição de conhecimentos, estes foram posteriormente mobilizados para o meu local de trabalho, permitindo uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Por último, e como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, a entrevista e posterior reflexão permitiu que desenvolvesse competências específicas de enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018) na área, nomeadamente:

- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
- Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
- Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, E., Matos, L. & Nascimento, A. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38.
- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L. & Almeida, A. (2020). Cuidar da criança com condição crónica e de sua família: competência emocional dos enfermeiros pediatras. In Associação Brasileira de Enfermagem, Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, Gaíva, M., Toso, B., Mandetta, M. (Org.), *PROENF programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente: ciclo 15* (pp.81-117). Porto Alegre: Artmed panamericana.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodriguez, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar enfermagem*, 20(2), 26- 47.
- Regulamento n.o 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–19194.
- Regulamento N°140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coords.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol 2, pp.1025–1060). Loures: Lusociência.
- Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp.293-309). Lisboa: Lidel

Apêndice V – Diário de campo de consulta de saúde infantil



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Diário de campo de consulta de saúde infantil

Discente: Ana Bárbara Cebola Ferreira

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2022**

ÍNDICE

Introdução	3
1. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta do 1º mês	4
2. Competências adquiridas	7
Referências bibliográficas	8

INTRODUÇÃO

O presente documento integra o diário de campo elaborado no estágio de cuidados de saúde primários, descrevendo uma situação que vivenciei ao longo do percurso e refletindo sobre a importância da consulta de saúde infantil e sobre as intervenções realizadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na mesma.

O diário de campo é descrito como uma metodologia de investigação qualitativa, na qual se registam observações e posteriormente é realizado um documento onde se reflete criticamente. É um registo, descrito como um guia de uma reflexão na prática e como organizador do pensamento (Zabalza, 2004).

Desenvolver o percurso passando pelos cuidados de saúde primários, nomeadamente numa unidade de saúde familiar, revelou-se um desafio, repleto de novas aprendizagens e de aquisição de competências, por ser um contexto muito pouco familiar. É fundamental salientar, que em Portugal, os cuidados de saúde primários são a base do Serviço Nacional de Saúde, no que diz respeito à promoção de hábitos saudáveis e à prevenção de doenças. Nas unidades de saúde familiar existe a figura do enfermeiro de família que é descrito como um recurso de proximidade, que disponibiliza cuidados de enfermagem, privilegiando a educação e promoção da saúde e promovendo a capacitação da família, face às especificidades do seu desenvolvimento (Decreto-lei nº 118/2014, 2014), o que engloba, a criança.

Ao longo das quatro semanas de estágio, foram várias as consultas de desenvolvimento de saúde infantil e juvenil que pude presenciar e até realizar, no entanto, no presente diário de campo, optei por descrever uma consulta do primeiro mês de vida.

O presente trabalho inicia-se com uma descrição e fundamentação científica da situação explanada e posteriormente, com um capítulo sobre as competências adquiridas em contexto de consulta. Por último, apresentam-se as referências bibliográficas.

1. AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA CONSULTA DO 1º MÊS

A “Inês” é uma lactente de 1 mês e 3 dias, que recorreu ao centro de saúde para a realização de consulta do primeiro mês de vida. O programa nacional de saúde infantil e juvenil (PNSIJ) obedece a algumas linhas-mestras, nomeadamente, a calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, sendo que a consulta do primeiro mês de vida, faz parte dessas idades-chave (Direção-Geral da Saúde, 2013), tendo sido a vinda da Inês adequada. Anteriormente a esta consulta a Inês já tinha realizado a consulta da primeira semana de vida, tal como preconizado (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Para a consulta, vinha acompanhada da mãe e da irmã mais velha de 5 anos, sendo que vinha na sua cadeira de transporte. A enfermeira já conhecia a Inês, bem como a sua mãe e irmã, pois sendo o utilizado o método do enfermeiro de família, este é responsável por prestar cuidados nas diferentes fases de vida da família, focando-se na mesma como um todo, mas também nos seus membros individualmente (Decreto-lei 118/2014, 2014), o que permite o estabelecimento de uma maior confiança e de uma relação de proximidade. Inicialmente a enfermeira começa por cumprimentar pelo nome a mãe da Inês e a irmã e por questionar como estava tudo a correr agora “com as duas princesas em casa”. De seguida, apresentei-me à mãe da Inês e à irmã e aproximei-me do carrinho onde estava a mesma.

Posteriormente, foi pedido à mãe da Inês que retirasse a mesma do carrinho, a colocasse na marquesa e a começasse a despir, para que pudéssemos fazer a avaliação antropométrica da Inês, tendo isto sido explicado à mãe. Esta avaliação é fundamental pois um dos objetivos da consulta passa por avaliar o crescimento da criança e registar os resultados obtidos (Direção-Geral da Saúde, 2013). Foi então avaliado o peso, comprimento e perímetro cefálico, sendo que se verificou um aumento ligeiramente abaixo do esperado, no que ao peso dizia respeito. Foi dada essa informação à mãe, que de imediato se mostrou ansiosa com a possibilidade de ter de iniciar leite adaptado. No entanto, a enfermeira deu alguns conselhos e informações sobre formas de estimular a produção de leite e sobre diminuir o tempo de pausa entre as

mamadas, que a mãe referiu ir ter em conta, tendo ficado mais calma. Estas indicações transmitidas pela enfermeira em forma de conselho, sem demonstrar demasiada preocupação e sem serem autoritárias, revelam-se fundamentais pois os enfermeiros devem potenciar a relação pais/filhos e ter uma atitude empática e flexível, no lugar de uma atitude prescritiva (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Por outro lado, o facto de a enfermeira promover a amamentação é também fundamental, uma vez que esta é uma garantia de a criança se desenvolver de forma equilibrada e o leite materno é muitas vezes referenciado como o único alimento onde não ocorre a possibilidade de desnutrição grave (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O PNSIJ, implementado para que ocorra uma prática standartizada no âmbito das consultas de saúde infantil de todo o país, preconiza, de acordo com a idade de cada criança e jovem, quais os parâmetros que deverão ser avaliados na consulta e quais os cuidados antecipatórios que deverão ser abordados. Sendo que a Inês apresentava 1 mês de vida, os parâmetros avaliados foram: o peso, comprimento, IMC, perímetro cefálico, coração, anca, visão, audição, realizado o exame físico, o desenvolvimento, a vacinação, a relação emocional, os riscos de maus-tratos e a segurança do ambiente (Direção-Geral da Saúde, 2013). Para realizar a avaliação do desenvolvimento foram avaliados os reflexos do bebé: colocado em ventral, tenta levantar a cabeça. Quando se tenta sentar a Inês através de tração pelas mãos, a mesma apresentava queda da cabeça. Para avaliar a visão, foi colocado objetivo a cerca de 20 cm sendo que o fixava durante alguns segundos e foi questionada a mãe que refere, que quando fala com a Inês a mesma já parece fixar o olhar nela. Este questionamento à mãe, torna-se fundamental pois permite estabelecer uma parceria com a mãe e a enfermeira. A informação fornecida pelos pais, não deve ser desvalorizada pois estes acompanham a criança no seu ambiente habitual e durante bastante tempo, possuindo por isso informação relevante (Maia, Fernandes, Leite, Santos & Pereira, 2016). Todos os dados avaliados foram registados no boletim da criança, segundo as orientações da Direção-Geral da Saúde (2013).

Após esta avaliação, foram abordados os cuidados antecipatórios com a mãe da Inês, sendo que a enfermeira o fez de uma maneira um pouco mais breve, por já ser o segundo filho e a mãe já apresentar alguns conhecimentos. Foram abordadas as temáticas da alimentação, reforçada a importância da

temática dos acidentes e segurança e da relação emocional, tal como preconizado pela Direção-Geral da Saúde (2013). Uma vez que Inês já realizava suplementação com vitamina D e que a mãe da mesma referiu que esta apresentava hábitos de sono e intestinais sem alterações, não foram focadas estas temáticas de forma exaustiva.

No final da consulta, foi questionado se teria alguma dúvida ou questão que a preocupasse ou gostasse de esclarecer e a mãe referiu que a Inês ainda não sorria, sendo que se recordava da irmã já o fazer com um mês. A enfermeira tranquilizou a mãe, explicou que o desenvolvimento da Inês segundo a escala utilizada era adequado e que, a partir de agora seria normal que a Inês começasse a adquirir a capacidade de sorrir. Reforçou a ideia, que as crianças não são todas iguais e que apesar de existirem alguns padrões e algumas metas previsíveis, cada criança é única. Este reforço por parte da enfermeira, revela-se bastante pertinente pois segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) os princípios para promover o desenvolvimento infantil defendem que as crianças “seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos” (p.75) e que “cada criança é única e tem o seu próprio ritmo” (p.75). Para além disso, o enfermeiro é também responsável por tranquilizar a família e deve salientar que nem todas as crianças atingem o mesmo estágio de desenvolvimento na mesma idade e que os limites do considerado normal são bastante amplos (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Após o esclarecimento de dúvidas, eu e a enfermeira orientadora, marcámos uma consulta para a semana seguinte para reavaliação do peso da Inês e posteriormente, a mãe, a Inês e a irmã ausentaram-se para se dirigirem para o gabinete médico, não sem antes a enfermeira referir, que se tivesse alguma dúvida, a mãe poderia ligar para a esclarecer.

2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A elaboração do presente diário de campo, no âmbito da consulta de saúde infantil revelou-se fundamental para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica.

Sendo este um contexto bastante diferente daquele em que me encontro a exercer funções, ainda antes do início do estágio, antecipei que decorreriam algumas dificuldades, nomeadamente no que diz respeito ao contacto com a criança saudável e à educação para a saúde, do qual resulta o *empowerment* dos pais/família, tão importante nestas consultas. No entanto, as dificuldades sentidas foram colmatadas, não só com a aquisição de conhecimentos através do estudo e da procura da melhor evidência científica sobre a temática do desenvolvimento infantil, mas também através da observação da enfermeira orientadora a realizar consultas e a posterior realização das mesmas, autonomamente embora com supervisão.

Assim, a realização do diário de campo, permitiu compilar num só documento, a descrição da realização de uma consulta, bem como evidência científica que a suportou e ainda demonstrar que foram desenvolvidas competências de enfermeira especialista, nomeadamente:

- Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde, através da implementação e gestão, em parceria de um plano de saúde, promotor da parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018);

- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, através da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e da comunicação eficaz com a criança e família, apropriada a cada estágio de desenvolvimento e cultura (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto (2014). reforço do papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários. *Diário da República, 1ª série*, Nº 149 (05-08-2014) 4069-4071.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Autor
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 32. 248-256.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica volume I*. Portugal: Autor.
- Regulamento Nº 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série* (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–19194.
- Zabalza, M. (2004). *Diários de aula: um instrumento de pesquisa e desenvolvimento profissional*. Porto Alegre: Artmed.

Apêndice VI – Reflexão sobre aplicabilidade do modelo TEEP numa USF



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

**Reflexão sobre aplicabilidade do modelo TEEP numa
USF**

Discente: Ana Bárbara Cebola Ferreira

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2022**

ÍNDICE

Introdução	3
1. Trabalho emocional e modelo TEEP	4
2. Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil com recurso ao modelo TEEP	6
Conclusão	11
Referências bibliográficas	12

INTRODUÇÃO

As emoções, numa perspectiva da emoção como um diagnóstico da área de enfermagem, são descritas como sentimentos conscientes ou subconscientes, que podem ser agradáveis ou dolorosos e expressos ou não (Internacional Council of Nurses, 2016). Para Damásio (2017) quando as nossas emoções são negativas vão associar-se a “estados fisiológicos distintos, todos eles problemáticos do ponto de vista da saúde e do bem-estar futuros” (p.157).

Na área do cuidar em pediatria, as crianças e jovem experienciam uma emocionalidade com características diferentes, que depende do seu estadio de desenvolvimento (Diogo, 2015) e os enfermeiros, vivenciam também uma emocionalidade que deverá ser gerida, de forma a promover um cuidar de excelência (Diogo, 2019). O enfermeiro deve atuar na área das emoções porque a emocionalidade intensa encontra-se intrínseca ao processo de saúde-doença e, a criança e a família sofrem experiências emocionalmente intensas, não só em situação de doença, mas também durante o processo de desenvolvimento da criança (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). De modo a promover um cuidado de enfermagem focado na importância das emoções, os enfermeiros devem desenvolver a sua prática com base no modelo TEEP (Diogo, 2015).

A presente reflexão tem, desta forma, como objetivo, que desenvolva competências a nível da gestão das emoções e do trabalho emocional, no contexto específico de cuidados de saúde primários, que irão contribuir para o meu desenvolvimento enquanto EEESIP.

Esta encontra-se dividida em 3 capítulos. Inicialmente, no primeiro capítulo, faço um breve enquadramento teórico sobre o conceito de trabalho emocional, por ser um conceito de extrema relevância no desenvolvimento de todo o meu projeto e se encontrar por vezes subvalorizado. Neste primeiro capítulo, faço também um breve enquadramento teórico do modelo TEEP. Posteriormente, no segundo capítulo, analiso as 5 componentes do modelo TEEP, dando exemplos reais da prática de cuidados na USF. No terceiro capítulo, apresento a conclusão, onde realizo um resumo das principais ideias e das aprendizagens efetuadas e competências adquiridas com a realização do presente trabalho. Por último, apresento as referências bibliográficas.

1. TRABALHO EMOCIONAL E MODELO TEEP

O conceito de trabalho emocional, teve a sua génese na área da sociologia, mas, por a gestão das emoções ser fundamental no processo de cuidar, este acabou por emergir na área da enfermagem (Vilelas & Diogo, 2014).

Na enfermagem, foi incorporado no corpo de conhecimentos por Pam Smith (2012) na década de 90, e esta descreve o trabalho emocional como um processo que os enfermeiros atravessam, onde por um lado experienciam emoções que os afetam e por outro lado utilizam essas emoções para melhorar a prestação de cuidados, sendo um trabalho de natureza especializada. A autora defende ainda que o trabalho emocional deve ser aprendido à semelhança das outras competências necessárias para o cuidar (Smith, 1992). No entanto, apesar de este conceito se encontrar incorporado na área de enfermagem há vários anos e de se encontrar em constante crescimento e investigação, ainda é muitas vezes confundido com outros conceitos como os de apoio, suporte ou cuidado emocional (Diogo, 2019).

Diogo (2019) define o trabalho emocional como um pilar no cuidar em enfermagem, pois este promove a gestão de emoções da pessoa que é cuidada e um estado de bem-estar emocional. Este não só permite a promoção da gestão emocional da pessoa de quem cuidamos, como promove a regulação emocional por parte dos próprios profissionais de saúde (Diogo & Mendonça, 2019)

Na perspetiva da enfermagem pediátrica, Diogo (2019, p. 7) defende que o trabalho emocional incorpora “ações/interações inscritas no processo de cuidados, de dimensão afetivo-emocional, que visam transformar positivamente as vivências emocionais intensas e perturbadoras das pessoas que necessitam de cuidados e também dos próprios enfermeiros” com a intenção de não só promover a qualidade dos cuidados bem como promover o bem-estar das pessoas em interação.

Perante a importância de incorporar a temática do trabalho emocional no cuidar e por ainda ser uma área pouco valorizada na prática pelos profissionais de saúde, emergiu a necessidade de se criarem modelos conceptuais, que permitam nortear o cuidar em enfermagem. Estes modelos auxiliam os enfermeiros a gerir os desafios emocionais com uma intencionalidade terapêutica (Diogo, 2019).

Assim, o modelo TEEP emergiu da necessidade de existir um modelo e pretende ilustrar de forma objetiva e neutra a realidade que já existia, mas não se encontrava descrita e por isso era pouco valorizada (Diogo, 2019). O mesmo funciona como uma orientação para a prática de enfermagem na pediatria, permitindo guiar a

intervenção no âmbito da gestão da emocionalidade (Diogo, 2019). Este integra na sua conceção, o holismo e os princípios básicos da filosofia de cuidados em enfermagem pediátrica: cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos, articulando-se ainda com a teoria do cuidado transpessoal de Watson.

A filosofia dos cuidados centrados na família, reconhece a família como constante na vida da criança e defende o estabelecimento de parcerias, como forma de encorajar e potenciar a competência da mesma (Hockenberry & Barrera, 2014). A Ordem dos Enfermeiros (2018) descreve que se deve considerar não só a criança, mas sim o binómio criança/família como alvo do cuidar do EEESIP, destacando assim a importância deste conceito. Já os cuidados não traumáticos dizem respeito ao uso de intervenções que excluam ou minimizem o desconforto experienciado pela criança e família (Hockenberry & Barrera, 2014). Estes cuidados têm como principal objetivo, primeiro que tudo, não causar dano (Hockenberry & Barrera, 2014).

O Modelo TEEP suporta-se, no holismo e no modelo do cuidado transpessoal de Watson, como já referido, e integra princípios dos cuidados centrados na família e não traumáticos, sendo por isso um modelo que possibilita a prestação de cuidados mais humanizados (Diogo, 2019) e que tem como objetivo transformar positivamente a experiência da criança (Diogo, 2015). Esta transformação deve ocorrer através da aplicação das cinco categorias de intervenção definidas pelo modelo: promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, facilitar a gestão das emoções na pessoa, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (Diogo, 2015, 2019). De salientar que as cinco categorias de intervenção do modelo TEEP encontram-se interligadas e são interdependentes (Diogo, 2015).

2. PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL COM RECURSO AO MODELO TEEP

Ao longo do estágio na USF, consegui promover o crescimento e desenvolvimento infantil tendo sempre como base as cinco categorias de intervenção do modelo TEEP. Esta promoção, ocorreu não só nas consultas de saúde infantil e juvenil, mas também na vacinação.

No caso da criança, “o impacto do ambiente físico (luminosidade, cheiro, sons, cores, temperaturas) muitas vezes surge primeiro que a interação com os enfermeiros (ambiente humano). Mas ambos têm uma influência muito grande nos clientes em termos emocionais” (Diogo, 2015, p.116). Assim, define-se a importância da primeira categoria de intervenção: **Promover um ambiente seguro e afetuoso**. Segunda esta, é imprescindível que o enfermeiro desenvolva intervenções como acolher, cumprimentar, expressar afeto, pois estas permitem que a criança se sinta acolhida e à vontade para expressar o que sentem (Diogo, 2015). Para além destas intervenções, fundamentais numa fase inicial, é importar estarmos em sintonia com o mundo da criança, sendo que a grande maioria dos serviços no âmbito da pediatria já se encontra repleto de desenhos (Diogo, 2015). Este ambiente promove segundo Hockenberry (2014) o desenvolvimento infantil das crianças.

De modo a **promover um ambiente seguro e afetuoso**, tive oportunidade de utilizar algumas das intervenções descritas como fundamentais. Em primeiro lugar, ao deslocar-me à sala de espera para receber a criança e família. Embora a chamada da criança pudesse ser feita através do sistema informático, optei sempre por acolher a criança e família ainda na sala de espera, apresentando-me, falando de forma afetuosa e explicando o ambiente à nossa volta até à sala da consulta ou da vacinação. Também o ambiente físico da consulta, se revela facilitador na promoção de um ambiente seguro e afetuoso, pois a sala encontra-se repleta de elementos do imaginário infantil nas suas paredes e têm também alguns brinquedos disponíveis, que ao longo da consulta, a criança pode utilizar livremente. Quando foi necessário proceder à realização de procedimentos dolorosos, como é o caso da vacinação, a mesma ocorreu na sala específica para o efeito, pois, desta forma, a criança não associa o espaço da consulta a um local onde decorrem procedimentos dolorosos. No final de cada consulta, despedia-me ainda da criança e família com um abraço e era muitas vezes oferecido um autocolante de “bom comportamento” ou com um desenho que o próprio escolhia, no caso de crianças em idade pré-escolar e escolar.

Na prática de enfermagem pediátrica “por vezes os afetos são tão ou mais importantes que uma técnica muito perfeita e além disso contribuem para que os cuidados se processem melhor” (Diogo, 2015, p.121). Watson (2018) defende mesmo que ao unirmos o nosso cuidar, ao amor no nosso trabalho enquanto enfermeiros e também nas nossas vidas, a enfermagem afirma-se como mais que uma profissão e suporta a dignidade humana. Nos cuidados de enfermagem, o afeto expressa-se de várias formas “verificando-se essencial em contexto pediátrico na perspetiva das crianças e dos jovens, dos pais e dos enfermeiros participantes nos estudos analisados” (Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010, p.80). Assim, percebe-se a importância da segunda categoria de intervenção: **nutrir os cuidados com afeto**. Esta dádiva de afeto ocorre através de diferentes expressões, nomeadamente, o uso do sorriso, de voz embalada e suave, o olhar meigo, carinho, colo, linguagem dos -inhos, sendo que são estes momentos de afeto que prevalecem muitas vezes em relação a experiências negativas e os enfermeiros que muitas vezes realizam procedimentos dolorosos, conquistam a confiança das crianças, por via dos afetos (Diogo, 2015).

Na perspetiva de **nutrir os cuidados com afeto** desenvolvi algumas intervenções no contexto. Dando exemplos concretos, no caso dos recém-nascidos, e da primeira consulta e consulta do primeiro mês, quando procedia à manipulação do mesmo e à pesquisa dos reflexos, como por exemplo o reflexo de Moro, habitualmente o recém-nascido chorava, pelo que, após esta avaliação, aconchegava-o através do contacto físico, do colo. O facto de apresentar uma voz suave, boa disposição e simpatia, revelou-se também facilitador para ganhar a confiança das crianças e dos adolescentes. Durante a vacinação, recorria muitas vezes a técnicas de distração e à utilização de adjetivos carinhosos, sendo que durante a administração da vacina, incentivava a família/pais a dar colo e fazerem festinhas, preferindo a administração da vacina ao colo, do que na marquesa. Estas intervenções permitem que a criança se sinta amada e que os pais sintam confiança nos cuidados, constituindo uma forma de ajuda e apoio e desenvolvendo e consolidando a relação (Diogo, 2015).

Como já referido, quer promover um ambiente seguro e afetivo, quer nutrir os cuidados com afeto, permite atenuar ou evitar a emocionalidade excessiva. No entanto, os enfermeiros atuam mais diretamente ainda na gestão emocional dos clientes, ou seja, a alteração de estados emocionais perturbadores e negativos para estados de tranquilidade e bem-estar das crianças e família, encontra-se bastante

presente nos cuidados (Diogo, 2015). A capacidade de as crianças lidarem com as emoções depende de vários fatores, nomeadamente, da fase de desenvolvimento, do seu temperamento, do contexto onde se inserem e das oportunidades disponíveis (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, emerge a terceira categoria de intervenção: **Facilitar a gestão das emoções dos clientes**. Esta gestão emocional que é realizada pelos enfermeiros através das ações e interações dos mesmos divide-se em dois grupos: gestão emocional de antecipação e gestão das emoções reativas (Diogo, 2015).

A gestão emocional por antecipação desenvolve-se através de ações específicas como: utilização de uma postura calma e carinhosa; mostrar disponibilidade; preparar os procedimentos; fornecer explicações/informações; favorecer a expressão de sentimentos; dar reforço positivo; e a distração (Diogo, 2015). Como intervenção no âmbito da gestão emocional por antecipação, explicava sempre a intervenção que ia realizar. Por exemplo, no caso da criança em idade pré-escolar preparava-a para o procedimento doloroso, como a vacinação, colocando-me ao nível da mesma (muitas vezes de cócoras) e explicava o que ia acontecer, nunca mentindo. No final de cada consulta ou procedimento, reforçava junto da criança o seu bom comportamento. A gestão das emoções reativas é desenvolvida através de ações como: envolver a família nos cuidados; explicar e esclarecer as dúvidas; colocar-se ao lado; fazer pausas; fomentar a esperança; dar carinho; diferenciar os momentos; desviar o foco de atenção (Diogo, 2015). Como forma de desenvolver ações neste âmbito, no final de cada consulta, criava um momento para esclarecer possíveis dúvidas da criança e família; proporcionava momentos de distração, através do uso dos brinquedos existentes na sala ou da visualização de vídeos; explicava de forma simples e clara e com linguagem acessível sobre a vacinação, o tipo de vacina a ser administrada e as possíveis reações adversas. Todas estas ações quer na gestão por antecipação, quer na gestão das emoções reativas, contribuem para a diminuição da ansiedade e do medo e para aumentar o sentimento de confiança que é fundamental na construção da relação terapêutica (Diogo, 2015).

O cuidar é desempenhado por pessoas e para pessoas, assim, as interações que existem entre os enfermeiros e os clientes estão repletas de emoções. Por um lado, os clientes encontram-se a vivenciar experiências emocionalmente intensas que idealizam na relação com os enfermeiros ou que pode mesmo ter início na interação com os mesmos. Por outro lado, os enfermeiros, tentam manter a serenidade e promover a gestão dos relacionamentos pois pretendem a estabilidade da relação

enfermeiro/cliente (Diogo, 2015). **Construir a estabilidade na relação** é definida como a quarta categoria de intervenção. Para o desenvolvimento desta estabilidade é fundamental mobilizar ações de três tipos distintos: envolvimento emocional; gestão de episódios conflituosos; e equilíbrio de poderes (Diogo, 2015). O envolvimento emocional “traduz o investimento dos enfermeiros numa ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança na construção da relação com o cliente, mas também os limites que esta implica” (Diogo, 2015, p.147). A gestão de episódios conflituosos ocorre em situações em que o cliente, tem pouca confiança nos enfermeiros e coloca em causa todo o que os mesmos fazem, rejeitando também uma proximidade. Neste tipo de relações, os enfermeiros utilizam estratégias que lhe permitam recuperar ou criar uma relação estável, nomeadamente: utilizando uma abordagem calma e de controlo; dando espaço para a expressão; desmontando o problema; procurando a reconciliação; e não fazendo juízos de valor (Diogo, 2015). A terceira abordagem realizada para construir uma relação de estabilidade é o equilíbrio de poderes. Esta é caracterizada por “uma tomada de decisão partilhada, por dar espaço à função parental, pela colaboração mútua, pela participação do cliente e pela partilha de informação (Diogo, 2015, p.156). Funcionando a USF com o método do enfermeiro de família, muitas vezes, a enfermeira orientadora já acompanhava certas crianças desde a gravidez, o que fazia com que o estabelecimento de uma relação de confiança com a criança e família já ocorresse. Neste sentido, a enfermeira orientadora, ausentava-se da sala para que eu realizasse a consulta e quer os pais, que a criança, por sentirem que a mesma confiava em mim, sentiam-se mais tranquilos com a minha presença e permitiam que se estabelecesse uma relação. Felizmente, ao longo do contexto, não existiram situações com necessidade de utilização das estratégias para gestão dos episódios conflituosos. A tomada de decisão partilhada, foi desenvolvida por mim em todas as consultas, questionando os pais sobre como pretendiam que a mesma se desenvolvesse, por exemplo, se iniciavam pela observação física e avaliação dos dados antropométricos, ou se achavam pertinente trocar a ordem da mesma.

Os enfermeiros diferenciam-se na sua prática porque “apresentam uma disposição emocional, ou seja, uma atenção afetiva e sensibilidade para com as pessoas (clientes), e para com as experiências emocionais destes, de forma intencional e persistente” (Diogo, 2015, p.159). No entanto, embora sejamos responsáveis por cuidar dos outros e por ter uma disposição emocional, esta também sofre oscilações que acabam por ser reguladas pelo próprio enfermeiro, emergindo

assim, a quinta categoria de intervenção: **Regular a sua disposição emocional para cuidar**. Esta disposição emocional “é regulada e persiste devido a uma motivação dos enfermeiros para ajudar associada à afeição que sentem pelas crianças” (Diogo, 2015, p.159). Apesar da existência uma disposição para cuidar, são vários os fatores que podem ter influência nesta mesma disposição e por isso torna-se importante que os enfermeiros mobilizem estratégias que lhe permitam regular a sua disposição emocional. Estas estratégias passam por ações como: analisar as experiências, partilhar o que sente, compreender as reações do cliente, atenuar positivamente e não se deixar afetar (Diogo, 2015). Quer a análise de experiências, quer a partilha de sentimentos, foram ações que implementei ao longo do estágio, não só através da reflexão com a enfermeira orientadora, mas também fora do contexto, através das orientações tutoriais e da própria realização do presente trabalho.

CONCLUSÃO

A enfermagem, designada como a ciência do cuidar, não pode ser alheia às emoções humanas e, para o desenvolvimento de um cuidar de excelência, o enfermeiro deve possuir um entendimento sobre a experiência das emoções e sobre a gestão emocional (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021). Desta forma, para promover o bem-estar e influenciar, de forma positiva uma experiência potencialmente perturbadora, os enfermeiros utilizam o trabalho emocional e o modelo TEEP (Diogo, 2015).

Assim, ao longo do presente trabalho foi possível identificar algumas das ações e intervenções que desenvolvi no cuidar à criança, baseadas no modelo TEEP, e que permitam que a criança e família conseguissem sentir um maior controlo e fazer uma gestão eficaz das suas emoções (Diogo, 2015). A Ordem dos Enfermeiros (2018) defende que o enfermeiro especialista em saúde infantil é responsável por desenvolver e aplicar “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem” (p.19193). Aplicando conhecimentos e intervenções baseadas na gestão das emoções, é possível o enfermeiro desenvolver competências que permitem o bem-estar psicossocial da criança, o que vai de encontro ao preconizado.

Em suma, realizar o presente trabalho e refletir sobre a minha prática em contexto de estágio tem um papel preponderante no desenvolvimento de competências, pois permitiu que refletisse sobre várias situações que decorreram em estágio e que pudesse ter uma visão mais abrangente. A reflexão, torna mais explícita o conhecimento que adquiri através da prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Damáσιο, A. (2017). *A Estranha Ordem das Coisas – A Vida, os Sentimentos e as Culturas Humanas*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337447491>
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (4), 1-5.
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Pensar enfermagem*. 23(1), 21-40.
- Hockenberry, M. (2014). Apreciação da criança e família. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coord.). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (pp.122 - 239).
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coord.). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (pp.1-17).
- ICN. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paulo, M., Alexandra, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S. & Diogos, P. (2010). O lugar do afecto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico-perspectivas de crianças, jovens, pais e enfermeiros. *Pensar em Enfermagem*. 14(2), 70-81.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>
- Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.
- Vilelas, J. & Diogo, P. (2014). O trabalho emocional na práxis de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 145-149.
- Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science*. Colorado: University Press of Colorado

Apêndice VII – Cuidar da criança e jovem: como adequar estratégias de
comunicação?



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

**Cuidar da criança e jovem: como adequar estratégias
de comunicação?**

Discente: Ana Bárbara Cebola Ferreira

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2022**

ÍNDICE

Introdução	3
1. A comunicação e a sua importância na prática de enfermagem	5
2. Comunicar com a criança	6
3. Técnicas de comunicação	11
4. Conclusão	13
Referências bibliográficas	14

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório pertencente ao 1º semestre do 2º ano, do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no decorrer do estágio de internamento de pediatria, no serviço de pneumologia pediátrica.

O mesmo intitula-se “Cuidar da criança e jovem: como adequar as estratégias de comunicação?” e tem como objetivos principais: descrever o conceito de comunicação e a sua importância e realçar conceitos e estratégias de comunicação adequadas à faixa etária da criança/jovem, que promovem uma melhoria nos cuidados.

Este encontra-se dividido por três capítulos. Num primeiro capítulo é abordado o conceito de comunicação e feita uma breve explicação sobre a mesmo, bem como a sua importância para a prática de enfermagem. No segundo capítulo, que se divide em subcapítulos são descritas as estratégias de comunicação mais adequadas a cada faixa etária. No terceiro capítulo, serão descritas técnicas de comunicação verbal e não verbal que podem ser utilizadas com as crianças. Por último, a conclusão onde se realiza um breve resumo da temática e da sua importância, bem como as referências bibliográficas.

1. A COMUNICAÇÃO E A SUA IMPORTÂNCIA NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Comunicar é compreendido como algo inerente ao comportamento humano (Campos, 2017), seja a comunicação utilizada em contexto da prática de enfermagem ou no cotidiano, e é considerado fundamental para o crescimento, pois faz parte não só de experiências anteriores, mas também daquelas que são adquiridas no dia a dia. O ser humano, comunica diariamente para “fornecer informações, para persuadir, de forma a gerar mudanças de comportamentos, dentro de uma troca de experiências e para ensinar e discutir os mais variados assuntos” (Mourão *et al*, 2009, p.140).

No caso dos cuidados de saúde, a comunicação é considerada uma ferramenta essencial e é vista como uma das características que define a qualidade das intervenções do enfermeiro. O enfermeiro é tido como um elemento central na comunicação entre os vários elementos das equipas multidisciplinares e deve adquirir competências comunicacionais que lhe permitam promover “emoções positivas no cuidado ao outro” (Campos, 2017, p.93) pois a forma como comunica permite “desenvolver vínculos emocionais de suporte” (Campos, 2017, p.93) e permite melhorar os cuidados à pessoa.

Segundo Phaneuf (2005) no processo de comunicação, as trocas vão incluir duas componentes principais: a parte informativa e a parte afetiva. A parte informativa, relaciona-se com “o quê” da mensagem e está relacionada com o domínio cognitivo e a parte afetiva relaciona-se com o “como” a mensagem foi transmitida e relaciona-se com a maneira como foi feita a transmissão da informação. Para a autora, os princípios gerais da comunicação são sete e determinam que:

- 1) A comunicação encontra-se em toda a parte;
- 2) É impossível não comunicar;
- 3) A comunicação situa-se nos planos cognitivo e afetivo;
- 4) A comunicação pode ser intencional ou acidental;
- 5) No caso das mensagens verbais e não verbais contraditórias, é o significado da mensagem não verbal que é retido;
- 6) A comunicação é dificilmente reversível;

7) Os primeiros minutos da comunicação são muito importantes: dão o tom à relação (Phaneuf, 2005).

Conhecer as duas componentes presentes na comunicação, bem como os seus princípios gerais, permite-nos ter noção não só da importância da mesma, mas também do porque de serem necessárias a utilização de estratégias que diferem de faixa etária para faixa etária.

De um modo geral, a comunicação é definida como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal” (Phaneuf, 2005, p.23). O comportamento não verbal, habitualmente prevalece relativamente ao comportamento verbal sendo que o mesmo é definido como a troca sem palavras, ou seja, trata-se da “expressão de mensagens transmitidas por processos outros que linguísticos, o que inclui os gestos, as mímicas, o volume e a modelação da voz, o débito do discurso, e igualmente diversos sons e reações emotivas” (Phaneuf, 2005, p.23). Estima-se que apenas 7% do significado de uma mensagem é transmitido por palavras, e cerca de 55% por gestos corporais. Desta forma, é fundamental compreendermos a importância da comunicação não verbal pois esta fornece-nos uma percepção total do processo comunicativo (Coelho & Sequeira, 2014).

No caso da criança e do jovem, a comunicação não verbal é fundamental, pois encerra as mensagens mais significativas. Perante uma criança é difícil disfarçar a ansiedade e as atitudes, pois estas estão atentas ao ambiente e atribuem significado a todos os gestos e movimentos (Hockenberry, 2014). Utilizar mais este tipo de comunicação no caso da criança hospitalizada “apresenta uma especificidade que deve ser valorizada e utilizada pelo enfermeiro, pois proporciona uma interação sensível e um cuidado mais humanizado, através do toque e contato físico, do olhar e do gesto” (Martinez, Tocantins & Souza, 2013, p.42).

Sumariamente, a comunicação é fundamental para a prática de um cuidado de enfermagem humanizado e holístico, nomeadamente no caso da criança e do jovem pois é “considerada como elemento integrante de qualidade de prestação de assistência de enfermagem e é fundamental para o processo de cuidar” (Martinez, Tocantins & Souza, 2013, p.38).

2. COMUNICAR COM A CRIANÇA

A comunicação com a criança rege-se por alguns princípios gerais. Estes determinam que o comunicar deve ser ajustado a cada grupo etário e que a comunicação deve ser oportuna, clara e congruente (entre o verbal e o não verbal) (Hockenberry, 2014).

As crianças de diferentes faixas etárias, percebem a comunicação de forma diferente e por isso, para cada uma delas, devem ser utilizadas diferentes estratégias, tal como referido anteriormente. No entanto, existem características que se revelam transversais às várias faixas etárias:

1) É a comunicação não verbal que prevalece e que encerra as mensagens mais significativas, pois é difícil disfarçar sentimentos, atitudes e ansiedade relativamente às crianças.

2) As crianças guiam-se pelo tipo de relação que é estabelecida entre a família e o enfermeiro, sendo por isso fundamental incluir a família neste processo de comunicação.

3) As crianças respondem positivamente a uma voz que seja calma, firme e uniforme

4) As crianças necessitam de avaliar a pessoa desconhecida (neste caso o enfermeiro) antes de permitirem que se desenvolva uma interação (Hockenberry, 2014).

De forma a desenvolver uma comunicação eficaz e positiva com as crianças, o enfermeiro deve então:

- 1) Conversar primeiro com a família/pais e depois com a criança;
- 2) Dar tempo à criança e não a incluir logo em atividades;
- 3) Posicionar-se ao nível do campo de visão da criança;
- 4) Fazer perguntas simples e só progredir posteriormente para questões mais complexas;
- 5) Falar de forma positiva.

Assim, tendo já por base as características transversais a todas as faixas etárias, no desenvolver dos próximos subcapítulos, irei descrever como comunicam cada uma das faixas etárias e as estratégias de comunicação que deverão ser adotadas para as mesmas (Hockenberry, 2014).

2.1. RECÉM-NASCIDOS E LACTENTES

Os recém-nascidos e lactentes, são ainda incapazes de utilizar palavras, por isso, utilizam e compreendem maioritariamente a comunicação não verbal. Comunicam as suas próprias necessidades através desta comunicação não verbal, sendo que murmuram e sorriem quando estão felizes e choram para mostrar o seu desagrado. Para além disso, reagem aos estímulos externos como o som da voz e as reações corporais (Hockenberry, 2014).

As estratégias que permitem comunicar de uma forma positiva, passam então por muitos comportamentos não verbais. Assim, é importante que:

1) O enfermeiro pegue firmemente na criança ao colo, sem realizar gestos muito bruscos e que mantenha a posição do colo semelhante à da família/pais;

2) A criança fique ao colo do enfermeiro mas mantendo a família/pais no seu campo de visão (pois nesta altura do desenvolvimento ainda não possuem a compreensão que o objeto ou familiar, pode sair do seu campo de visão mas permanecer presente);

3) O enfermeiro utilize movimentos calmos, abrace a criança, dê palmadinhas suaves ou outras formas meigas de contacto físico;

4) O enfermeiro utilize um tom de voz calmo e tranquilo (porque apesar de a criança ainda não compreender o sentido das palavras, sente conforto com o som da voz e responde normalmente a uma conversa tranquilizadora) (Hockenberry, 2014).

2.2. TODDLER E PRÉ-ESCOLAR

Os toddler e pré-escolares são egocêntricos, assim, focam toda a comunicação neles próprios pois veem as coisas em função de si mesmos e do seu ponto de vista. No caso dos toddler, estes utilizam por vezes as mãos para manifestar as suas ideias sem palavras (apontando, tapando a boca ou afastando um objeto ou alguém indesejável). Nestas idades, ainda não adquiriram vocabulário nem capacidades suficientes para se expressarem quanto aos seus sentimentos. Para além disso, não conseguem distinguir o real da fantasia, assim, conferem muitas vezes qualidades humanas aos objetos e

não conseguem distinguir o real da fantasia, fazendo interpretações literais das palavras e expressões (Hockenberry, 2014).

As estratégias que permitem comunicar eficazmente com as crianças destas faixas etárias, derivam então destas características que os mesmos apresentam, como o egocentrismo e a dificuldade de separar realidade de fantasia e passam por:

- 1) Dirigir a comunicação diretamente para a criança;
- 2) Não realizar comparação com as experiências de outras crianças (por estarem numa fase de contração em si mesmos, as experiências dos outros não têm interesse);
- 3) Permitir que a criança toque nos objetos que vão ser utilizados e veja por si mesma;
- 4) Evitar que se utilizem expressões ou frases que possam ter um sentido não literal, que possam ser interpretadas à letra (as crianças destas idades fazem interpretações literais das palavras, não sendo capazes de se abstrair);
- 5) Retirar objetos e instrumentos do campo de visão, sempre que os mesmos não são necessários (as crianças conferem atributos humanos aos objetos e têm medo de que estes saltem, cortem, entre outros) (Hockenberry, 2014).

2.3. ESCOLAR

As crianças de idade escolar, já possuem um domínio da linguagem verbal adequado, e embora precisem ainda de explicações relativamente simples, já conseguem desenvolver um pensamento concreto, o que facilita comunicar. Nesta faixa etária, as crianças confiam mais naquilo que efetivamente sabem, do que naquilo que veem e por isso, pedem explicações e justificações para tudo, querem saber o porquê de todos os acontecimentos, o funcionamento dos vários procedimentos e para que serve cada objeto. Para além disso, os mesmos sentem uma preocupação exagerada sobre a integridade física. Esta preocupação, por vezes, também é extensível ao sentimento de posse, pelo que, podem reagir de forma exagerada à perda ou à ameaça de perda de objetos queridos (Hockenberry, 2014).

Assim, as estratégias que devem ser utilizadas com as crianças de idade escolar, pretendem colmatar os seus medos e preocupações e passam por:

1) Conversar sobre os procedimentos que vão ser realizados com a criança, explicando-lhe os mesmos com expressões simples;

2) Permitir que participem nas conversas com os pais e famílias, dando valor aos seus sentimentos e às suas ideias;

3) Ter em consideração as experiências prévias que a criança possa ter a nível dos cuidados de saúde;

4) Recorrer a experiências de outras crianças ou do próprio enfermeiro para falar sobre as experiências que a criança está ou irá vivenciar (Hockenbery, 2014).

2.4. ADOLESCENTE

A criança que entra na adolescência vai variar entre ser criança e ser adulto no que diz respeito ao seu pensamento e também ao seu comportamento. Os adolescentes passam então por um processo de mudanças, muitas vezes rápidas, sendo que nem sempre têm mecanismos para lidar com as mesmas e assim, quando ocorrem momentos de tensão tendem a procurar a segurança da família e de ser criança. Por vezes, adotam comportamentos de hostilidade, com raiva, revolta e respostas monossilábicas, no entanto, estão frequentemente mais dispostos a dialogar sobre as suas preocupações com alguém externo à família. Para além disso, nesta fase, estes gostam de sentir que o enfermeiro tem um interesse genuíno nos mesmos, mas não toleram que os critiquem ou lhes tentem impor valores ou ideias (Hockenberry, 2014).

Desta forma, as estratégias a adotar na comunicação com o adolescente, devem centrar-se em:

1) Promover a confidencialidade (permitindo que o adolescente se exprima, sem a presença de familiares);

2) Promover a independência do adolescente (na presença dos pais ou familiares, começar o diálogo pelo próprio);

3) Promover uma atmosfera aberta e que não seja tendenciosa (evitando expressões e comentários de reprovação e não interrompendo o adolescente);

4) Desenvolver conhecimentos sobre os gostos do adolescente e a linguagem do mesmo;

No fundo, para que a comunicação com o adolescente se demonstre eficaz existem duas ideias fundamentais a reter: o enfermeiro deve construir alicerces com o adolescente (passando tempo com o mesmo, encorajando a sua expressão de ideias, respeitando as suas perspetivas, dando reforço positivo) e deve comunicar efetivamente (dando atenção exclusiva, sendo delicado, calmo e com mente aberta, evitando perguntas na terceira pessoa, evitando críticas) (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Hockenberry, 2014).

3. TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO

As técnicas de comunicação permitem a expressão de sentimentos e de pensamentos por parte da criança e também dos membros da família, sendo que esta expressão acaba por acontecer de um modo menos diretivo e por sua vez, menos conflituoso (Hockenberry, 2014).

A principal técnica de comunicação, e mais importante, a utilizar com a criança, é o brincar. Brincar é a linguagem universal da mesma. É através da brincadeira, que o enfermeiro tem oportunidade de captar a atenção da criança, obter informações para a sua avaliação inicial, desocultar pistas sobre o desenvolvimento físico, intelectual e social da criança, entre outros. Assim, brincar serve não só como instrumento de avaliação da criança, mas também como método de intervenção e avaliação da mesma. No entanto, apesar do brincar ser a principal técnica, existem outras que podem ser utilizadas para comunicar com a criança. Na maioria das vezes, os enfermeiros utilizam técnicas verbais para estimular a comunicação, no entanto, para algumas crianças, falar sobre sentimentos pode ser perturbador, emergindo também daí a importância de técnicas não verbais, para além das verbais (Hockenberry, 2014).

Quanto às técnicas verbais de comunicação criativa com a criança, podemos utilizar:

1) Mensagens do “eu”: Relatar um sentimento sobre um comportamento em termos do “eu”, evitando o uso do “tu” pois o uso do mesmo, implica julgamento e muitas vezes provoca reações defensivas;

2) Técnica da terceira pessoa: Expressar um sentimento na terceira pessoa. É menos assustador do que perguntar diretamente à criança como se sente;

3) Resposta facilitadora: Ouvir e refletir sobre os sentimentos da criança e sobre as suas informações, dando posteriormente uma resposta que vai de encontro às mesmas. Essa reflexão, permite dar respostas empáticas e sem juízo de valor;

4) Contar histórias/ contar histórias mutuamente: Pedir à criança para contar uma história sobre um acontecimento, como por exemplo, estar no hospital. No caso do contar histórias mutuamente, pedir à criança que conte uma

história e posteriormente, contar o enfermeiro uma história semelhante à da criança mas com mudanças que ajudem a criança nos seus problemas;

5) Biblioterapia: Utilizar livros no processo terapêutico. Dar à criança a oportunidade para explorar uma situação idêntica à sua, o que lhe permitirá distanciar-se de si mesma e ao mesmo tempo, manter o controle;

6) Sonhos: Pedir à criança para falar sobre um sonho ou um pesadelo que tenha tido e explorar com a mesma o significado que pode ter. Muitas vezes, os sonhos, revelam pensamentos e sentimentos inconscientes e reprimidos;

7) Questões “e se”: Encorajar a criança a pensar e explorar situações hipotéticas e a pensar em diferentes formas de solucionar os problemas;

8) Três desejos: Perguntar à criança quais as três coisas que desejava ter. Permite saber quais os maiores desejos e preocupações da criança;

9) Jogo de pontuação: Utilizar uma escala com determinada pontuação (por exemplo, números) para que a criança avalie um sentimento ou um momento da sua vida;

10) Jogo de associação de palavras: Apresentar palavras-chave à criança, para que diga a primeira coisa que pensa quando ouve essas palavras. Começar por palavras simples e introduzir gradualmente palavras que possam provocar maior ansiedade;

11) Completar frases: Apresentar parte de uma frase e deixar que a criança a termine, por exemplo “a coisa que eu mudava em mim era _____”;

12) Prós e contras: Selecionar um tema e deixar que a criança diga coisas boas e coisas más sobre o mesmo (Hockenberry, 2014).

Quanto às técnicas não verbais, as mais utilizadas são: o escrever (sendo uma abordagem utilizada em crianças mais velhas, como os adolescentes), o desenho (uma das formas mais importantes de comunicação, pois são projeções do eu interior da criança) e a magia (usar pequenos truques pode ajudar a criar uma relação de empatia com a criança, o que a encorajará a cooperar nas intervenções) (Hockenberry, 2014).

4. CONCLUSÃO

A comunicação é fundamental para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem de excelência. Neste sentido, a mesma deve ser realizada não de uma forma aleatória, mas sim com base em objetivos bem definidos e com intencionalidade.

Para além disso, é importante que o enfermeiro se consciencialize, que o desenvolvimento de competências na área da comunicação, requer treino e tempo e que é fundamental seguir orientações e estratégias adequadas a cada faixa etária, como forma de facilitar o processo de aquisição de competências.

Em suma, o enfermeiro deve ser capaz de comunicar adequadamente com a criança, focando-se no seu estadio de desenvolvimento e na sua individualidade e adequando as técnicas de comunicação à mesma. Deve ainda ter a capacidade de ser empático e escutar ativamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *PsiLOGOS*. 15(1). 91-101.
- Coelho, M. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*. 11. 31-38.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 122-187). Loures: LUSOCIÊNCIA
- Martinez, E., Tocantins, F. & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 34(1). 37- 44.
- Mourão, C., Albuquerque, A., Silva, A., Oliveira, M. & Fernandes, A. (2009). Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Revista Rene Fortaleza*. 10(3). 139-145.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 1*. Lisboa: Autor
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

Apêndice VIII – Sessão de formação: Cuidar da criança com condição crónica –
Estratégias que minimizam emocionalidade intensa vivida pela família



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

**Sessão de formação: Cuidar da criança com condição
crónica – Estratégias que minimizam emocionalidade
intensa vivida pela família**

Discente: Ana Bárbara Cebola Ferreira

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2022**

12º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

**“Cuidar da criança com condição crónica:
Estratégias que minimizam a emocionalidade
intensa vivida pela família”**

Ana Bárbara Cebola Ferreira Nº5643

Orientada por: Professora Doutora Paula Diogo

ÍNDICE

- 1. Objetivos
- 2. Clarificação de conceitos
- 3. Estratégias que minimizam a emocionalidade
- 4. Conclusão
- 5. Discussão
- Referências bibliográficas

1. Objetivos

- Clarificar os conceitos de criança, condição crónica, trabalho emocional e família;
- Identificar estratégias que minimizem a emocionalidade intensa vivenciada pela família da criança com condição crónica;

2. Clarificação de conceitos

Criança

Doença crónica vs Condição crónica

Trabalho emocional

Família

2. Clarificação de conceitos

Criança

“toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661)

2. Clarificação de conceitos

Doença crónica vs Condição crónica

Condição que vai interferir no funcionamento do corpo da criança por um período de tempo prolongado e que determina a necessidade de a mesma ser seguida por profissionais de saúde, sendo que também pode causar alterações no crescimento e desenvolvimento e afetar o dia-a-dia da família.

(Leite et al., 2012)

2. Clarificação de conceitos

Trabalho emocional

“ações/interações inscritas no processo de cuidados, de dimensão afetivo-emocional, que visam transformar positivamente as vivências emocionais intensas e perturbadoras das pessoas que necessitam de cuidados e também dos próprios enfermeiros” (Diogo, 2019, p.7)

O **Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica** pretende orientar para a intervenção do enfermeiro no campo das emoções pediátricas (Diogo, 2019).

2. Clarificação de conceitos

Família

“compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661).

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

- **Condição crónica pediátrica** afeta a vida da criança e representa enorme impacto emocional em todos os membros da família;
- A **competência emocional dos enfermeiros** na intervenção da criança e família com condição crónica, é fundamental desde o **impacto da notícia**, passando por períodos **de agudização** e até **à fase de fim de vida.** (Diogo et al., 2020)

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

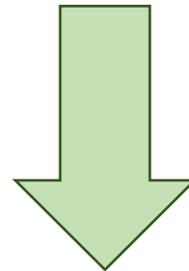
- Durante todo este percurso, criança e família enfrentam situações de fragilidade emocional, precisando por isso da ajuda do enfermeiro que lhes permita ajudar a lidar com as emoções (Diogo et al., 2020).

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

- Todas as famílias se adaptam à condição crónica de forma diferente, no entanto, existem intervenções que podem ajudar a capacitar a família e a uma melhor gestão emocional, sendo que os enfermeiros desempenham um papel fundamental;
- Desempenhando intervenções quer de suporte emocional, quer de educação para a saúde que irão permitir uma adaptação adequada da família à condição crónica da criança numa perspetiva de longo prazo. (Diogo et al., 2020).

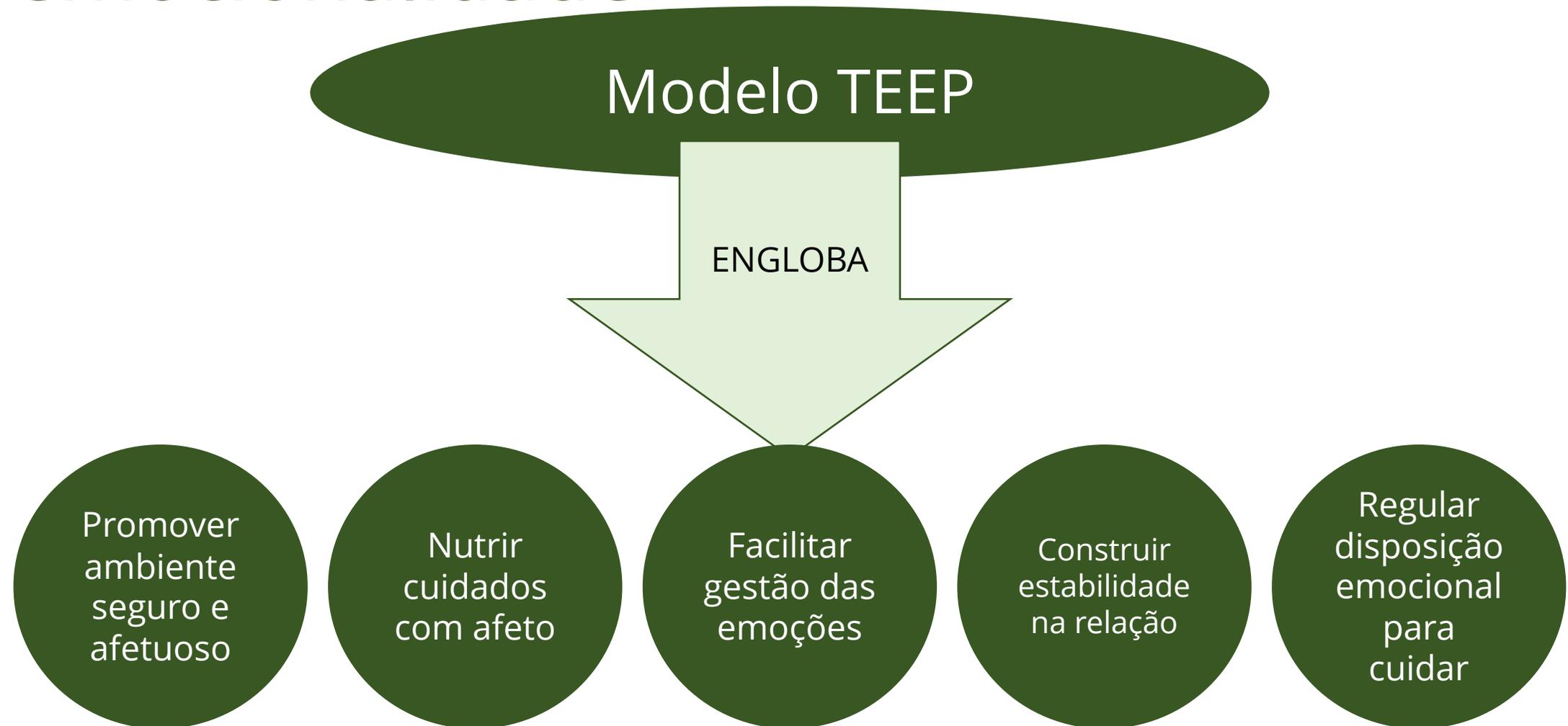
3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

Como pode o enfermeiro ajudar a lidar com as emoções?



Modelo
TEEP

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade



(Diogo, 2015)

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

Promover ambiente seguro e afetuoso

Como?

- Acolher;
- Cumprimentar;
- Expressar afeto;
- Gerar ambiente familiar;
- Preservar o quarto/unidade do cliente;
- Sintonia com o mundo infantil;
- Despedidas calorosas;
- Fotografias para recordar.

(Diogo, 2015)

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

Nutrir
cuidados com
afeto

Como?

- Sorriso;
- Voz embalada e suave;
- Olhar meigo;
- Falar animado;
- Carinho;
- Colo.

(Diogo, 2015)

3. Estratégias emocionais

que minimizam a

Facilitar gestão das emoções

O trabalho emocional do enfermeiro é “direcionado à facilitação da gestão de emoções vividas pelos cuidadores familiares, permitindo a modificação de estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar” (Diogo et al., 2020, p.97).

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

Facilitar gestão das emoções

Como?

- Gestão emocional por antecipação;

- Gestão das emoções reativas.

(Diogo, 2015; Diogo et al., 2020)

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

Gestão emocional por antecipação

Como?

- Fornecimento de informação sobre problema de saúde;
- Favorecimento da expressão de sentimentos;
- Reforço positivo;
- Demonstrar disponibilidade (através de escuta ativa, presença);
- Adoção de parceria efetiva e de confiança com os pais.

(Diogo, 2015; Diogo et al., 2020)

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

Gestão das emoções reativas

Como?

- Promoção da esperança (modelo de intervenção em ajuda mútua na promoção de esperança);
- Proposta de diferentes alternativas;
- Transmissão de otimismo.

(Diogo, 2015; Diogo et al., 2020)

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

Gestão das emoções na família

Como?

- Modo mais indireto: Promoção das competências dos pais, capacitando-os para dar resposta às necessidades da criança.

Diogo et al., 2020)

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

Construir estabilidade na relação

Como?

- Envolvimento emocional;
- Gestão de episódios conflituosos;
- Equilíbrio de poderes.

(Diogo, 2015; Diogo et al., 2020)

3. Estratégias que minimizam a emocionalidade

Regular
disposição
emocional
para cuidar

Como?

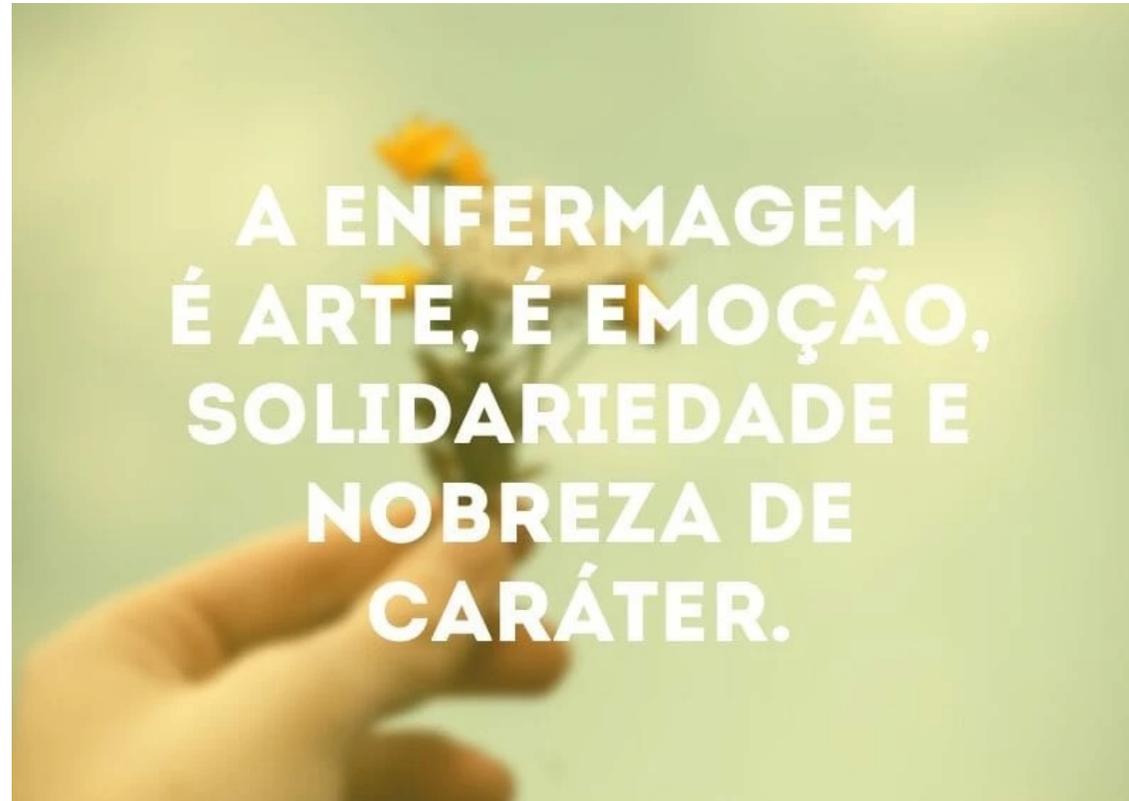
- Analisar as experiências;
- Partilhar o que sente;
- Compreensão das reações dos clientes;
- Atenuar positivamente;
- Não se deixar afetar.

(Diogo, 2015)

4. Conclusão

- A condição crónica afeta a vida da criança e da família e o enfermeiro é responsável por desenvolver intervenções, que ajudem a lidar com a emocionalidade;
- O modelo TEEP deve ser visto como uma orientação e referência, para ajudar as crianças com condição crónica e família, a adaptar-se e a permitir o sentimento de normalização;

5. Discussão



<https://www.42frases.com.br/frases-de-enfermagem/>

Referências bibliográficas

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Um modelo orientador da prática (2º versão revista). Acedido a 2/01/2022 em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista
- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L. & Almeida, A. (2020). Cuidar da criança com condição crónica e de sua família: competência emocional dos enfermeiros pediatras. In Associação Brasileira de Enfermagem, Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, Gaíva, M., Toso, B., ; Mandetta, M. (Org.), *PROENF programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente: ciclo 15* (pp.81-117). Porto Alegre: Artmed panamericana.
- Regulamento N°351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2º série (N°119 de 22-07-2015), 16660-16665;

Apêndice IX – Jornal de aprendizagem: Sentimento de normalização da família
da criança com condição crónica



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

**Jornal de aprendizagem: Sentimento de normalização
da família da criança com condição crónica**

Discente: Ana Bárbara Cebola Ferreira

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2022**

A reflexão sobre situações concretas da prática de cuidados e sobre o conhecimento desenvolvido, torna-se fulcral para o desenvolvimento de conhecimento e competências na área de enfermagem. A prática reflexiva, com o passar dos anos, tem vindo a revelar-se um meio de capacitar não só os estudantes, mas também os profissionais de enfermagem a adquirirem conhecimento mais profundo sobre os seus saberes e as suas práticas (Santos & Fernandes, 2004). Assim, para realizar o presente jornal de aprendizagem, utilizei como orientação para o meu processo reflexivo, o ciclo de Gibbs.

No desenrolar do estágio no serviço de reabilitação pediátrica e de desenvolvimento, tive oportunidade de cuidar de algumas crianças com condição crónica, contactando de perto com a sua realidade e a da família que as acompanhava. Cuidando destas crianças, emergiu muitas vezes a necessidade de compreender melhor o sentimento de normalização e a forma como o mesmo pode ser atingido. Assim, perante isto, decidi desenvolver o presente jornal, sobre uma criança onde considero que o processo de aquisição do sentimento de normalização não ocorreu de forma positiva.

1. Descrição

No dia 24 de Janeiro, encontrava-me com a enfermeira orientadora no serviço a realizar um turno e fiquei responsável por cuidar do João. O João é um escolar, de 7 anos, que apresenta um diagnóstico de espinha bífida. Associada a esta espinha bífida, têm ainda hidrocefalia (operada 2 vezes), pé valgo bilateral e bexiga neurogénica (realiza esvaziamentos diariamente de 3 em 3 horas), sendo que o mesmo se desloca de cadeira de rodas. Não era a primeira vez do João no serviço, pelo que ele já conhecia a equipa de enfermagem, médica, das terapias e de assistentes operacionais. A mãe do João encontrava-se a acompanhar o mesmo e também ela já conhecia toda a gente.

Quando iniciei o turno, dirigi-me ao João e à mãe e questionei se os mesmos necessitavam de algum apoio para a realização dos cuidados de higiene e/ou do esvaziamento vesical. Ambos referiram que não, sendo que a mãe do João, a Sra. Eva, referiu que era autónoma nesses cuidados já há vários anos. Posteriormente, após estes cuidados e o pequeno-almoço, questionei a Sra. Eva se gostaria de levar o João até à sala de educação ou à sala de aula, sendo que a mãe respondeu que não. Referiu que o João não costumava conviver com outras crianças, pois tinha aulas no domicílio e que ela própria e o pai do João, tinham decidido que o melhor para ele

era ficar em casa. Referiu ainda que saiam pouco, quer para eventos familiares ou com amigos e que os contactos do João se resumiam a eles os dois, e por vezes, recebia a visita dos avós, pois consideram que o facto de ele ser diferente, era um obstáculo e preferiam protegê-lo. Após este diálogo com a mãe, referi que compreendia e indiquei que o João poderia voltar para o quarto com a mesma.

2. Sentimentos

Durante o desenrolar desta situação, foram alguns os sentimentos que pude experienciar. Numa fase inicial, perante a capacidade da mãe de cuidar do João, senti-me feliz, pois considerei que o objetivo nos internamentos anteriores tinha sido atingido e que quer a mãe que o João, se mostravam confiantes nos cuidados diários a desempenhar.

Posteriormente, após a mesma referir que o mesmo pouco saia de casa e que não convivia com outras crianças, fiquei surpresa e não posso deixar de perceber que vivenciei um sentimento de tristeza, perante a situação.

Por último, umas horas após esta situação ter ocorrido e depois de ter refletido brevemente sobre a mesma com a enfermeira orientadora, passei por sentimentos de frustração e de impotência, pois senti que a minha intervenção deveria ter sido mais adequada e mais bem direcionada.

3. Avaliação

Da situação apresentada, considero que emergem aspetos negativos e aspetos positivos que deverão ser tidos em conta, em acontecimentos futuros semelhantes.

A salientar como aspeto positivo, a forma como a enfermeira orientadora demonstrou confiança em mim, permitindo que me dirigisse ao João e à mãe de forma autónoma e que cuidasse dos mesmos. Esta confiança demonstrada, permitiu-me desenvolver eu própria alguma confiança, num contexto que me era desconhecido e que pelo desconhecimento, me provocava alguma ansiedade.

O facto de ter autoconhecimento sobre mim mesma, sobre as situações que me deixam desconfortável e me provocam alguma ansiedade, é também um aspeto positivo a ressaltar, pois é este autoconhecimento que me permite resguardar a minha ansiedade e focar-me no mais importante de tudo, cuidar da criança e família.

Quantos aos aspetos negativos, o principal aspeto negativo, relaciona-se inteiramente com o modo em como geri toda a situação. Se numa fase inicial, procedi corretamente, reforçado a autonomia da mãe do João, ao permitir que a mesma

cuidasse dele sem a minha interferência, quando me percebi que o mesmo não convivia com outras crianças e que esta família não tinha passado por um processo de normalização positivo, deveria ter intervindo de outra forma. Ao referir que compreendia e que o João poderia ir para o quarto, desvalorizei a situação, ao invés de tentar intervir para que a Sra. Eva percebesse a importância de integrar o João com outras crianças.

Em suma, este acontecimento teve um desfecho pouco favorável. Por parte do João, este continuou a isolar-se de outras crianças nesse dia e eu, enquanto enfermeira, continuei sem desenvolver a minha capacidade de intervir junto da criança com condição crónica e família para uma promoção do sentimento de normalização. No entanto, é de salientar, que após refletir sobre este acontecimento, em turnos posteriores, já desenvolvi algumas intervenções que permitiram ao João conviver com outras crianças e que permitiram à mãe do mesmo, perceber a importância de este convívio e da normalização da condição do mesmo, sendo também este um aspeto positivo a ressaltar.

4. Análise

O diagnóstico de uma condição crónica na criança, leva a criança e a família a vivenciarem vários sentimentos, bem como uma grande instabilidade e vai desencadear um processo de transição. Nos povos ocidentais, vários estudos descrevem que o sucesso nestas transições maioritariamente, culmina, no desenvolvimento do sentimento de normalização (Anderson & Chung, 1982). Esta normalização, pode ser descrita como um processo, e não apenas como um resultado, sendo que diz respeito não só aos esforços realizados para lidar com a condição, como também à percepção que quer a criança quer a família têm acerca de si (Knafl, Darney, Gallo, & Angst, 2010). Quando o sentimento de normalização se encontra presente, estas crianças e as suas famílias vêm-se como “normais”, ou seja, sem condição crónica e interagem com os outros tendo em conta esta perspetiva (Deatrick, Knafl, & Murphy-Moore, 1999). Para além disso, desenvolvem ainda a capacidade de dar importância aos aspetos semelhantes, menosprezando os que são diferentes entre si e entre o grupo (Morse, Wilson, & Penrod, 2000). No fundo, a normalização pode ser definida como um “o conjunto de estratégias utilizadas para compreender, aceitar e lidar com a condição crónica da família, bem como o resultado das mesmas, ou seja, o funcionamento familiar harmonioso” (Diogo & Esteves, 2018, p.54) e permite que exista uma reorganização familiar, sem que exista um foco específico na doença.

No caso da Sra. Eva e do João, é gritante o quanto este sentimento de normalização, não se encontra adquirido. O João não interage com outras crianças e/ou outros adultos, à exceção dos pais e avós e a vida do mesmo, acaba por girar em torno da condição que têm. O facto de eu, como futura enfermeira especialista, não ter tido a capacidade de alertar a mãe para a importância deste sentimento e para a importância de conviver com os seus pares, revelou-se errado, no entanto, é importante salientar que as intervenções de enfermagem para a promoção do sentimento de normalização implicam que exista conhecimento aprofundado sobre cada criança e família (Guell, 2007) que eu não possuía por ser a primeira vez que interagiu com a mesma.

No que diz respeito à intervenção de enfermagem para promover o sentimento de normalização, a intervenção deve ser prioridade em crianças e famílias onde se valoriza e enfatiza a diferença entre as crianças e os pares e onde se define a condição como o foco da vida familiar (Knafl e Deatrick, 2002). Embora o tempo possível para acompanhar o João e a mãe não tenha sido muito, foi possível compreender que a mãe enfatiza bastante a diferença entre o João e as restantes crianças e que a vida familiar tem como foco a condição do mesmo. As aulas são dadas em casa, pela mãe que deixou de trabalhar e poucos são os momentos fora de casa, deixando o João ser “apenas uma criança”. Estes aspetos tornam como prioritário uma intervenção junto do João e família.

Existem assim, estratégias específicas que permitem promover a normalização, nomeadamente: a realização de atividades familiares e individuais, lembrando os vários elementos da unidade familiar que são muito mais do que a condição (Peck & Lillibridge, 2005) e a educação da família no sentido de ver a criança como criança desvalorizando, dentro do que é possível, as particularidades da doença; (Bossert, Holaday, Harkins, & Turner-Henson, 1990). Após me ter apercebido da inexistência do sentimento de normalização desta família e de ter refletido com a enfermeira orientadora, falei com a sra. Eva sobre a importância de ter tempo para si própria e sobre a importância de deixar o João ser uma criança. Assim, a mesma passou a ausentar-se por períodos e o João passou a frequentar a sala das educadoras, onde desenvolveu atividades e conviveu com outras crianças.

Estas pequenas mudanças, contribuíram para o início do processo de sentimento de normalização, embora ainda exista um longo caminho a percorrer, pois este processo implica, necessariamente, passagem de tempo (Peck & Lillibridge, 2005).

5. Conclusão e planeamento da ação

Embora a situação descrita, tenha sido inicialmente negativa, a capacidade de refletir sobre a mesma, quer a título individual, quer com a enfermeira orientadora, permitiu que se desenrolasse o rumo, para um desfecho positivo a mais longo prazo.

No futuro, será fundamental manter presente a importância deste sentimento de normalização e das estratégias que podem ser utilizadas para promover o mesmo. Para além disso, deverei o mais precocemente possível, tentar implementar as estratégias identificadas, como forma de contribuir positivamente para um sentimento de normalização adequado.

É fundamental ainda, manter presente o conceito fundamental criança/família, pois sem adaptação por parte da família, não existirá adaptação por parte da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, J. M., & Chung, J. (1982). Culture and illness: parents' perception of their child's long term illness. *Nursing papers/ Perspectives in nursing*, 40-52.
- Bossert, E., Holaday, B., Harkins, A., & Turner-Henson, A. (1990). Strategies of normalization used by parents of chronically ill school age children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*, 57-61.
- Deatrick, J. A., Knaf, K. A., & Murphy-Moore, C. (1999). Clarifying the concept of normalization. *Journal of nursing scholarship*, 209-214.
- Diogo, P. & Esteves, P. (2018). Intervenção de enfermagem na promoção do sentimento de normalização no quotidiano da criança com uma condição crónica e família: uma revisão scoping, *Pensar Enfermagem*, 22(2), 45-62
- Guell, C. (2007). Painful Childhood: Children living with juvenile arthritis. *Qualitative health research*, 884-892
- Knaf, K. A., & Deatrick, J. A. (2002). The challenge of normalization for families of children with chronic conditions. *Pediatric Nursing*, 49-56
- Knaf, K. A., Darney, B. G., Gallo, A. M., & Angst, D. B. (2010). Parental perceptions of the outcome and meaning of normalization. *Research in nursing and health*, 87-98
- Morse, J. M., Wilson, S., & Penrod, J. (2000). Mothers and their disabled children: redefining the concept of normalization. *Health care for women international*, 659-676
- Peck, B., & Lillibridge, J. (2005). Normalization behaviours of rural fathers living with chronically-ill children: an Australian experience. *Journal of child health care*, 31-45.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.

Apêndice X – Reflexão sobre aplicabilidade dos dez elementos da teoria de Jean Watson ao contexto do serviço de reabilitação e desenvolvimento



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

**Reflexão sobre aplicabilidade dos dez elementos da
teoria de Jean Watson no contexto de reabilitação e
desenvolvimento**

Discente: Ana Bárbara Cebola Ferreira

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2022**

ÍNDICE

Introdução	3
1. Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson	4
2. Aplicabilidade dos 10 elementos do processo clínico <i>caritas</i> no serviço de reabilitação pediátrica e de desenvolvimento	5
Conclusão	9
Referências bibliográficas	10

INTRODUÇÃO

Cuidar é o foco da enfermagem e esta ação pode ser entendida como a sustentação do conhecimento da disciplina (Tonin et al., 2017). Para Watson (2018) cuidar têm como objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, sendo que é definido como o ideal moral da enfermagem (Watson, 2002).

Na área da enfermagem pediátrica, é sabido que as crianças vivenciam uma emocionalidade que detêm características diferentes (Diogo, 2015) e que os enfermeiros vivenciam também eles uma emocionalidade no cuidar, que devem ter a capacidade de gerir, de forma a promover um cuidar competente (Diogo, 2019). O cuidar não pode revelar-se indiferente das emoções (Watson, 2018), sendo que em contexto do serviço de reabilitação e desenvolvimento, são muitas emoções vivenciadas pela criança e família.

Assim, surgiu a necessidade de identificar a aplicabilidade dos 10 elementos da teoria Transpessoal de Jean Watson, neste contexto, através deste documento reflexivo. A presente reflexão tem como objetivo desenvolver conhecimentos a nível da teoria do cuidado Transpessoal de Jean Watson, que irão contribuir para o meu desenvolvimento enquanto EEESIP.

A reflexão encontra-se dividida em 3 capítulos. Inicialmente, no primeiro capítulo, faço um breve enquadramento teórico sobre a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. Posteriormente, no segundo capítulo, identifico os 10 elementos da teoria, dando exemplos reais da sua aplicabilidade no contexto do serviço de reabilitação e desenvolvimento. No terceiro capítulo, apresento a conclusão, onde realizo das aprendizagens efetuadas e competências adquirida. Por último, apresento as referências bibliográficas.

1. TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON

O paradigma da transformação, na década de 1970, passa a reconhecer “nas pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que, inicialmente, eram de única e exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde” (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018, p.3). Assim, com o desenvolver deste paradigma, emergem duas escolas de pensamento: a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar, na qual se destaca Jean Watson (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018)

Jean Watson publicou o seu primeiro livro sobre a sua teoria em 1979 e têm vindo, ao longo dos anos, a desenvolvê-la. Esta considera a sua teoria, como uma teoria que ajuda o profissional a compreender o ser humano na sua transcendência e procura na interligação entre conceitos, uma ciência humana que se adequa à enfermagem e que transforma por meio da ligação estabelecida entre quem cuida e quem é cuidado (Tonin *et al*, 2017).

Na teoria, o termo transpessoal refere-se a um "espírito dinâmico e energético manifestando aspetos de ser e de se tornar no momento de cuidar" (Watson, 2018). Watson refere-se aos momentos de cuidado humano, como momentos transpessoais, pois o momento do cuidado transcende o tempo, o espaço e a presença física, criando um novo campo de possibilidades (Watson, 2018). Ao longo do tempo em que foi desenvolvendo a sua teoria, também a linguagem foi alterada, passando do termo *caring* para o termo *carative* e posteriormente para o termo, que a mesma descreve como mais abrangente, *caritas* (Watson, 2018). O termo *caritas* representa compaixão, caridade e generosidade de espírito (Watson, 2008, 2018) e sendo que a mesma pretendia dar ao termo cuidar um significado mais profundo, mais ético e mais de humano para humano, passou a ser este o adotado (Watson, 2018). Deste modo, com o termo *caritas* e unindo o cuidar e o amor de uma forma clara, esta torna mais explicitas as conexões entre o cuidar, o amor e a cura/healing (Watson, 2018). Ao incluirmos e unirmos o cuidar e o amor no nosso trabalho e também nas nossas vidas, podemos descobrir e afirmar que a enfermagem é mais do que uma profissão e que ajuda a sustentar a dignidade humana e a humanidade (Watson, 2008, 2018). A autora defende, ainda, que os enfermeiros devem dar atenção ao seu *Self*, cuidar de si, promover o autoconhecimento e consciência de si, das suas emoções e espiritualidade, para prover cuidados humanizados (Watson, 2012, 2018).

2. APLICABILIDADE DOS 10 ELEMENTOS DO PROCESSO CLINICAL *CARITAS* NO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PEDIÁTRICA E DE DESENVOLVIMENTO

Os 10 elementos do processo clínico *caritas* pretendem definir os 10 elementos necessários, para prestar um cuidado transpessoal. Estes sofreram alterações e adaptações, à medida que a própria ciência da enfermagem e a teoria de Watson se desenvolvia e são os seguintes:

- 1) Praticar a bondade amorosa e a equanimidade no contexto de cuidar conscientemente;
- 2) Estar presente de forma autêntica e capacitar, sustentar o sistema de crenças e o mundo subjetivo do eu e do alguém que é cuidado;
- 3) Cultivar as próprias práticas espirituais e do eu transpessoal, indo além do próprio ego;
- 4) Desenvolver e sustentar uma relação de ajuda, confiança e cuidado, que se revele autêntica;
- 5) Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos, positivos e negativos, como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada;
- 6) Usar criativamente o eu e todas os caminhos para o conhecimento como parte do processo de cuidar e envolver-se na arte do cuidar (*caritas*)-reconstituição (*healing*);
- 7) Envolver de forma genuína numa experiência de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa por inteiro e tentando manter-se dentro do referencial do outro
- 8) Criar um ambiente de cura/reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não físico, no qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potenciados;
- 9) Ajudar nas necessidades básicas, com uma consciência intencional do cuidado, administrando o “cuidado humano essencial” que potencia o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspetos do cuidado;
- 10) Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidando da própria alma e da do ser cuidado (Watson, 2018; Tonin et al., 2020).

O primeiro elemento do processo, **praticar a bondade amorosa e a equanimidade no contexto de cuidar conscientemente**, é aplicado no contexto do

serviço, através da promoção de uma relação com a criança, que envolve carinho, mas também a capacitação da própria e da família; quer eu, quer a enfermeiro orientadora, colocamos no campo visual da criança (grande maioria das vezes de cócoras, visto que as crianças utilizavam cadeira de rodas) e é utilizado o toque, como forma de demonstrar carinho; a criança e família são sempre vistas como pessoas e portanto, com capacidade de ser autônomas nas suas decisões (por exemplo, a que horas preferiam realizar os cuidados de higiene, ou a que horas preferiam que fossem os esvaziamentos) e não vistas como objetos; para além de tudo isto, também a equanimidade está presente em todos os momentos, todas as crianças são vistas como iguais e merecedoras de cuidados semelhantes.

Quanto ao segundo elemento do processo, **estar presente de forma autêntica, capacitar e sustentar o sistema de crenças e o mundo subjetivo do eu e do alguém que é cuidado**, este aplica-se também no contexto através de várias intervenções distintas, como por exemplo: através da incorporação das crenças e do que é significativo para a criança e família no plano de cuidados (no caso de crianças muçulmanas, o horário das 5 rezas diárias que realizam, era tido em conta nos horários das atividades e terapias); através da ajuda para que acreditem em si mesmos (por exemplo, no caso da criança que ainda não conseguia manter-se de pé sem apoio, eram celebradas as pequenas vitórias, como o já colocar-se em posição de pé com apoio durante mais tempo e esta é incentivada a acreditar para chegar ao objetivo pretendido) ou através de honrar o mundo subjetivo do ser cuidado (muitas vezes, a família da criança acredita que se a mesma mantiver um amuleto junto a si, a recuperação é mais fácil, e embora a maioria dos enfermeiros não partilhe dessas crenças, nunca se questiona ou proíbe o uso).

O terceiro elemento, **cultivar as próprias práticas espirituais e do eu transpessoal, indo além do próprio ego** aplica-se também no contexto. Os enfermeiros do serviço realizam algumas vezes, sessões de conversa em grupo, onde refletem sobre a prática de cuidados; para além disso, demonstram-se sempre disponíveis para o outro, demonstrando sensibilidade perante as situações e compaixão (por exemplo, no dia do aniversário da criança, era possível que ficasse acompanhada por ambos os pais, mesmo apesar de devido à COVID-19, o acompanhamento estar restrito a um elemento).

O quarto elemento, **desenvolver e sustentar uma relação de ajuda, confiança e cuidado, que se revele autêntica** têm particular aplicabilidade no contexto e revela-se bastante importante. É desenvolvido através do uso do contacto

visual com a criança e do cuidar através do acalmar e do conforto (por exemplo, quando uma criança não conseguia dormir e se encontrava sem acompanhante, o enfermeiro conforta-a, lendo uma história, ou ficando por perto até adormecer); e a criança é também sempre chamada pelo seu nome preferido ou por um diminutivo que goste.

Quanto ao quinto elemento, **estar presente e apoiar a expressão de sentimentos, positivos e negativos, como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada**, é aplicado no contexto, através de algumas atividades. Por exemplo, no caso de crianças em idade escolar e adolescentes, eram contadas histórias, como forma de levar a criança a identificar-se com algumas delas e com alguns sentimentos e a expressá-los. Para além disso, é estimulado a reflexão sobre sentimentos, sendo que todos os dias ao final do dia, é questionada a criança sobre como se sentiu durante o decorrer do dia.

No que diz respeito ao sexto elemento, **usar criativamente o eu e todas os caminhos para o conhecimento como parte do processo de cuidar e envolver-se na arte do cuidar (*caritas*)- reconstituição (*healing*)**, é aplicado no contexto também de forma clara. Os enfermeiros utilizam muitas vezes a criatividade e recursos lúdicos, como brinquedos, para explicar o porquê de determinados procedimentos à criança; utilizam o conhecimento que possuem sobre a importância dos ambientes que promovem o *healing*, utilizando, por exemplo, a música (por exemplo, é colocado músicas no wc durante os cuidados de higiene das crianças).

Quanto ao sétimo elemento, **envolver de forma genuína numa experiência de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa por inteiro e tentando manter-se dentro do referencial do outro**, aplica-se no contexto, através da promoção de momentos de partilhar entre as crianças, famílias e enfermeiros onde a criança e/ou família partilham a sua experiência e os enfermeiros escutam de forma atenta. Para além disso, os enfermeiros compreendem, que por exemplo, nos períodos de educação para a saúde à criança e família, também eles aprendem muitas vezes novos conhecimentos, sendo uma troca.

Quanto ao oitavo elemento, **criar um ambiente de cura/reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não físico, no qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potenciados)**, é feita uma tentativa clara de promover este ambiente no serviço. São utilizadas estratégias para promover o conforto (por exemplo, permitindo que as crianças decorem a sua mesa de cabeceira, com objetos pessoais), a privacidade (o uso sempre das cortinas e a existência de

uma casa de banho por quarto, que só pode ser utilizada por uma criança de cada vez) e a segurança (através da utilização das grades da cama, da utilização de proteções nas janelas e da existência de botões de emergência em todos os quartos); para além disso, faz-se uma tentativa de respeitar as rotinas da criança, permitindo, por exemplo, que esta realize os cuidados de higiene, num horário semelhante ao habitual do seu domicílio.

No que diz respeito ao nono elemento, **ajudar nas necessidades básicas, com uma consciência intencional do cuidado, administrando o “cuidado humano essencial” que potencia o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspetos do cuidado**, este aplica-se ao contexto de forma evidente. São muitas vezes antecipadas as necessidades das crianças, promovendo períodos de sesta, para que estas se possam restabelecer após as terapias. A criança e a família são vistas como um todo, sendo que a parte emocional é também tida em conta durante os cuidados.

Por último, quanto ao décimo elemento, **dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidado da própria alma e da do ser cuidado**, acredito que este se aplique também ao serviço, no entanto, não tive oportunidade de presenciar nenhuma situação ao exemplo neste sentido. No entanto, são permitidos, como já referidos, o uso de amuletos e a presença de imagens religiosas nos quartos das crianças, o que permite depreender que os enfermeiros permitem que os milagres possam ter significado para o outro e que acreditam no poder curativo da fé, ou que, pelo menos, o respeitam.

CONCLUSÃO

A enfermagem, designada como a ciência do cuidar, tem como ideal moral o cuidar (Watson, 2018). A teoria do cuidado transpessoal, traz múltiplas contribuições para a saúde, com especial destaque para a enfermagem e a implementação dos 10 elementos do processo caritas, no cuidar, pode auxiliar no processo de recuperação (Evangelista *et al*, 2020).

Assim, ao longo do presente trabalho foi possível identificar algumas das ações e intervenções no cuidar à criança, baseadas nos 10 elementos do processo caritas, que de forma inconsciente, desenvolvi. A Ordem dos Enfermeiros (2019) defende que o enfermeiro especialista deve desenvolver competências que lhe permitam basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, algo que desenvolvi, através da aplicação da teoria e de uma pesquisa bibliográfica significativa sobre a mesma.

Em suma, realizar a presente reflexão escrita e refletir sobre a minha prática em contexto de estágio é fundamental no desenvolvimento de competências, pois permite que reflita sobre várias situações que decorreram em estágio e que se enquadram na teoria escolhida para basear não só o meu relatório, mas também os meus cuidados. No fundo, a prática da reflexão, torna mais explícita o conhecimento que se adquiriu através da prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337447491>
- Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M. & Viana, A. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de enfermagem referência*, 4, 1-6.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto contexto Enfermagem*, 27(2), 1-9.
- Tonin, L., Lacerda, M., Favero, L., Nascimento, J., Denipote, A. & Gomes, I. (2020). A evolução da teoria do cuidado humano para a ciência do cuidado unitário. *Research, society and development*, 9(9), 2525-3409.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: a theory of nursing. (2a ed.)*, Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science*. Colorado: University Press of Colorado

Apêndice XI – Reflexão sobre a articulação dos dez elementos do processo *clinical* da teoria de Watson com as cinco categorias de intervenção do modelo

TEEP



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

**Reflexão sobre a articulação dos dez elementos do
processo clínico da teoria de Watson com as cinco
categorias de intervenção do modelo TEEP**

Discente: Ana Bárbara Cebola Ferreira

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2022**

ÍNDICE

Introdução	3
1. Articulação dos dez elementos da teoria de Jean Watson com as cinco categorias do modelo TEEP	4
Conclusão	9
Referências bibliográficas	10

INTRODUÇÃO

O Modelo TEEP é um modelo que se encontra ancorado em concepções teóricas que o enquadram: o paradigma da transformação, a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson e os conceitos meta paradigáticos da enfermagem. Estas concepções e as suas conexões enfatizam a visibilidade da emocionalidade no cuidar e na articulação das mesmas destaca-se a teoria de Jean Watson, que defende que a arte da enfermagem, envolve a partilha de emoções e que não pode ficar indiferente das mesmas (Watson, 2012). O enfermeiro deve atuar na área das emoções e de forma a promover o cuidado focado nas mesmas, deve desenvolver a prática baseado no modelo TEEP (Diogo, 2015).

Assim, sendo um dos alicerces do modelo, a teoria do cuidado transpessoal, a ligação entre os dez elementos do processo *caritas* e as cinco categorias de intervenção do modelo, é clara. Esta deve ser explicitada, como forma de realizar uma interligação entre a teoria e a prática.

A presente reflexão escrita, pretende então que desenvolva conhecimentos sobre a teoria do cuidado transpessoal e o modelo TEEP, articulando-as entre si. O desenvolvimento destes conhecimentos, irá também permitir que desenvolva competências a nível da gestão emocional, contribuindo para o meu futuro enquanto EEESIP.

Esta encontra-se dividida em dois capítulos. Inicialmente, no primeiro capítulo, reflito sobre a articulação dos dez elementos do processo *caritas* com as cinco categorias de intervenção do modelo. No segundo capítulo, apresento a conclusão, com um resumo das aprendizagens realizadas. Por último, as referências bibliográficas.

1. ARTICULAÇÃO DOS DEZ ELEMENTOS DA TEORIA DE JEAN WATSON COM AS CINCO CATEGORIAS DO MODELO TEEP

Os dez elementos do processo clínico *caritas* pretendem definir o que é fundamental para prestar um cuidado transpessoal, e são os seguintes:

- 1) Praticar a bondade amorosa e a equanimidade no contexto de cuidar conscientemente;
- 2) Estar presente de forma autêntica e capacitar, sustentar o sistema de crenças e o mundo subjetivo do eu e do alguém que é cuidado;
- 3) Cultivar as próprias práticas espirituais e do eu transpessoal, indo além do próprio ego;
- 4) Desenvolver e sustentar uma relação de ajuda, confiança e cuidado, que se revele autêntica;
- 5) Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos, positivos e negativos, como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada;
- 6) Usar criativamente o eu (*self*) e todos os caminhos para o conhecimento como parte do processo de cuidar e envolver-se na arte do cuidar (*caritas*)-reconstituição (*healing*);
- 7) Envolver de forma genuína numa experiência de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa por inteiro e tentando manter-se dentro do referencial do outro;
- 8) Criar um ambiente de cura/reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não físico), no qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potenciados;
- 9) Ajudar nas necessidades básicas, com uma consciência intencional do cuidado, administrando o “cuidado humano essencial” que potencia o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado;
- 10) Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidando da própria alma e da do ser cuidado (Watson, 2018; Tonin et al., 2020).

Por sua vez, o Modelo TEEP suporta-se, no holismo e no modelo do cuidado transpessoal de Watson, como já referido (Diogo, 2019) e que tem como objetivo transformar positivamente a experiência da criança (Diogo, 2015). Esta transformação

deve ocorrer através da aplicação das cinco categorias de intervenção definidas pelo modelo que são:

- 1) Promover um ambiente seguro e afetuoso;
- 2) Nutrir os cuidados com afeto;
- 3) Facilitar a gestão das emoções;
- 4) Construir a estabilidade na relação
- 5) Regular a disposição emocional para cuidar (Diogo, 2015, 2019).

A primeira categoria de intervenção do modelo TEEP, **promover um ambiente seguro e afetuoso** (Diogo, 2015), define que é fundamental o enfermeiro desenvolver intervenções como acolher, cumprimentar, expressar afeto, realizar despedidas calorosas, tirar fotos para mais tarde recordar e estar em sintonia com o mundo da criança (Diogo, 2015). Assim, esta categoria articula-se de forma clara, com três dos elementos do processo *clinical*. O elemento 1: **Praticar a bondade amorosa e a equanimidade** (Watson, 2018), muito evidente na UCIN, através de práticas como: um acolhimento elaborado à família (onde é realizada visita de todo o serviço e apresentado cada membro da equipa individualmente e pelo nome); a expressão de afeto (cuidando do RN chamando-o pelo nome, decorando a parte externa da sua incubadora, celebrando as “pequenas vitórias”, como por exemplo, decorar a unidade com desenhos quando comemoram o primeiro mês); a realização de fotos em momentos importantes do RN (que são enviadas para os pais/família, sempre que os mesmos não se encontram presentes), entre outras. O elemento 6: **Usar criativamente o eu (self) e envolver-se na arte do cuidar** (Watson, 2018), através de intervenções como: a adaptação de algumas peças de roupa, que ainda sendo de recém-nascido prematuro, se revelam demasiado pequenas para os RN em contexto de UCIN; ou a utilização de estratégias como a musicoterapia ou o uso de ruído branco, como forma de acalmar e promover o conforto do RN. E o elemento 8: **Criar um ambiente de cura/reconstituição (healing) em todos os níveis** (Watson, 2018), que no caso específico da UCIN é de extrema relevância, e se coaduna com os cuidados protetores do neurodesenvolvimento. Estes, incluem medidas como a nutrição adequada e o método canguru, mas também outras, relacionadas com o ambiente físico, como a diminuição de estímulos sensoriais e a promoção de horas de sono (através da redução do ruído e da luminosidade), permitindo a criação de um ambiente que promove o *healing*.

No que diz respeito, à segunda categoria de intervenção do modelo TEEP, **nutrir os cuidados com afeto** (Diogo, 2015), é descrito que “por vezes os afetos são

tão ou mais importantes que uma técnica muito perfeita e além disso contribuem para que os cuidados se processem melhor” (Diogo, 2015, p.121). Esta dádiva de afeto acontece através de diferentes expressões, como o uso do sorriso, de voz embalada e suave, o olhar meigo, carinho, colo, linguagem dos -inhos (Diogo, 2015). Assim, esta categoria articula-se com dois dos elementos do processo *clinical*. O elemento 1: **Praticar a bondade amorosa e a equanimidade** (Watson, 2018), que em contexto de UCIN, se evidencia na prática de um cuidado onde os afetos e a voz suave estão sempre presentes (o tom de voz utilizado é sempre calmo, mesmo em situações de instabilidade clínica). Os enfermeiros cuidam do RN, com amor (por exemplo, dando colo quando a família/pais, não conseguem estar tão presentes tanto quanto gostariam no internamento). E o elemento 4: **Desenvolver e sustentar uma relação de ajuda, confiança e cuidado** (Watson, 2018). Na UCIN, é estabelecida uma relação com a família/pais, desde o primeiro minuto, tal como já referido anteriormente, e que se inicia no acolhimento. Para além disso, a família é incentivada a estar presente e a cuidar do RN, sempre que possível e, quando o mesmo não é possível, são realizados telefonemas periódicos e o envio de fotografias do RN à família, com a atualização do seu estado de saúde. Estas intervenções, permitem então que se estabeleça uma confiança na relação criada.

A terceira categoria de intervenção do modelo TEEP, **facilitar a gestão das emoções** (Diogo, 2015), é fundamental pois os enfermeiros atuam diretamente na gestão emocional dos clientes. Esta gestão emocional é realizada pelos enfermeiros através das ações e interações que se dividem em dois grupos: gestão emocional de antecipação e gestão das emoções reativas (Diogo, 2015). Assim, é de destacar que nesta categoria, são quatro os elementos do processo *clinical* que se articulam de forma mais estruturada com a mesma. O elemento 2: **Estar presente de forma autêntica e cultivar a fé e a esperança** (Watson, 2018) que em contexto de UCIN, se traduzem na relação que é estabelecida entre enfermeiros e família, e que permite que seja promovida a esperança, através da realização de reuniões entre a equipa multidisciplinar e a própria família, onde é debatido o plano de cuidados do RN, por exemplo. O elemento 5: **Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos** (Watson, 2018) que é fulcral em contexto de UCIN, pois na maioria dos casos, os pais experienciam stress, ansiedade e muitos sentem-se vulneráveis e com medo (Ribeiro et al, 2015) e a emocionalidade de cuidar de um RN e dos seus pais, é incontornável (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Assim, este elemento é incorporado no cuidar na UCIN, através de intervenções como a explicação diária aos pais sobre os

cuidados e procedimentos que iriam ser realizados em cada turno. Após esta explicação, há sempre espaço para o diálogo e para que os pais exponham os seus receios e as suas dúvidas. O elemento 7: **Envolver de forma genuína numa experiência de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa por inteiro** (dar informações, mas com conexão de coração) (Watson, 2018), é incorporado na UCI através de intervenções como, momentos de partilha promovidos pelos enfermeiros, em que várias famílias e os mesmos partilham a sua experiência, escutando de forma atenta. Os enfermeiros compreendem também que, por exemplo, no caso de famílias em que aquele RN não é o primeiro RN pré-termo na mesma, a família pode ter experiências e outros conhecimentos, que o próprio enfermeiro pode adquirir, sendo o aprender, uma partilha, uma troca. E o elemento 9: **Ajudar nas necessidades básicas, com uma consciência intencional** (Watson, 2018). Este elemento é materializado na prática, através dos cuidados que o enfermeiro presta ao RN, nomeadamente, os cuidados de higiene (banho, muda da fralda) e a alimentação (seja ela por via entérica ou via oral).

A quarta categoria de intervenção do modelo TEEP, **construir a estabilidade na relação** (Diogo, 2015) é essencial pois sendo o cuidar desempenhado por pessoas e para pessoas, as interações que existem entre os enfermeiros e os clientes estão repletas de emoções (Diogo, 2015). Para o desenvolvimento desta estabilidade é fundamental mobilizar ações de três tipos distintos: envolvimento emocional; gestão de episódios conflituosos; e equilíbrio de poderes (Diogo, 2015). Assim, esta categoria articula-se com quatro dos elementos do processo *clinical*. O elemento 3: **Cultivar as próprias práticas espirituais e do eu transpessoal** (Watson, 2018) evidencia-se no contexto da UCIN através de intervenções como a disponibilidade para o outro (por exemplo a família), demonstrando-se sensíveis a situações excecionais (por exemplo, no dia que o RN completa um mês ou é transferido para cuidados intermédios, os enfermeiros permitem a visita dos irmãos, apesar das imposições devido à COVID-19). O elemento 4: **Desenvolver e sustentar uma relação de ajuda, confiança e cuidado** (Watson, 2018), que se evidencia na UCIN, através de intervenções já descritas anteriormente, como o incentivo a que a família esteja presente, a realização de telefonemas e o envio de fotografias do RN à família, com a atualização do seu estado de saúde. O elemento 8: **Criar um ambiente de cura/reconstituição (healing) em todos os níveis** (Watson, 2018), que se desenvolve na UCIN através de estratégias como a promoção do conforto (instituinto horário da sesta, permitindo que a unidade tenha objetos pessoais da família) e a segurança (manter as

incubadoras sempre fechadas, verificando as temperaturas das mesmas regularmente, para evitar sobreaquecimento), entre outras. E o elemento 10: **Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte** (sustentar esperança e a crença) (Watson, 2018) é desenvolvido na UCIN, através, por exemplo, de providenciar apoio espiritual, sempre que este é pedido pela família.

A quinta categoria de intervenção do modelo TEEP, **regular a sua disposição emocional para cuidar** (Diogo, 2015), emerge, porque, os enfermeiros, “apresentam uma disposição emocional, ou seja, uma atenção afetiva e sensibilidade para com as pessoas (clientes), e para com as experiências emocionais destes, de forma intencional e persistente” (Diogo, 2015, p.159). No entanto, embora sejamos responsáveis por cuidar dos outros e por ter uma disposição emocional, esta também sofre oscilações que acabam por ser reguladas pelo próprio enfermeiro (Diogo, 2015). Neste sentido, são três os elementos do processo *clinical* que se articulam de forma mais estruturada com esta categoria. O elemento 3: **Cultivar as próprias práticas espirituais e do eu transpessoal** (Watson, 2018) que se evidencia no contexto da UCIN através de intervenções como a realização de reuniões de enfermeiros em grupo, onde refletem sobre a prática e sobre formações necessárias. O elemento 4: **Desenvolver e sustentar uma relação de ajuda, confiança e cuidado** (Watson, 2018) que se evidencia no contexto da UCIN, através de práticas, como o estar verdadeiramente presente no momento do cuidar, sem distrações externas e através do desenvolvimento de atividades extra-hospitalares, que promovem o crescimento saudáveis dos enfermeiros (por exemplo, alguns realizam workshops e cursos de fotografia, alguns praticam exercício físico, outros vão a concertos). Por último, o elemento 5: **Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos** (Watson, 2018) que é indispensável no contexto, por ser um contexto descrito como apresentando uma emocionalidade intensa, também para o enfermeiro. Assim, a expressão de sentimentos, deve ser vista como uma partilha e deve acontecer de ambas as partes. Os enfermeiros na UCIN, em momentos de passagem de turno ou de reuniões em grupo, expressam as suas preocupações, estimulando também outros colegas da equipa de enfermagem e multidisciplinar, a fazer o mesmo.

CONCLUSÃO

Cuidar é visto como o foco da enfermagem e esta ação, é entendida como a ação que sustenta o conhecimento da disciplina. No fundo, para que ocorra a concretização de um cuidado em enfermagem competente, é fundamental que nos baseemos em teorias de enfermagem, que nos direcionam para a forma de cuidar. Dentro das múltiplas teorias existentes, destaca-se a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, pois esta, está centrada na importância do cuidado e pretende transformá-lo por via da conexão de duas partes: o ser que cuida e o ser que é cuidado (Tonin et al., 2017; Watson, 2018). Desenvolvendo uma prática de enfermagem baseada na teoria de Watson, é desenvolvida em cada interação, um encontro entre o ser que cuida e o que é cuidado, possibilitando-se o desenvolvimento de um ambiente reparador (*healing*) que contribuirá para um resultado positivo (Watson, 2018). Para que este cuidar competente se desenvolva, o enfermeiro deve possuir conhecimentos e competências sobre as experiências das emoções e sobre gestão emocional (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021) até porque o cuidar não se pode revelar indiferente às emoções humanas (Watson, 2018). De modo, a promover o bem-estar e influenciar, de forma positiva uma experiência potencialmente perturbadora, os enfermeiros utilizam na prática o modelo TEEP (Diogo, 2015) ancorado na teoria do cuidado transpessoal de Watson e nos seus dez elementos do processo *clinical*. A Ordem dos Enfermeiros (2015) reitera que todas as crianças e famílias devem ter acesso equitativo aos cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde da criança e do jovem, e que estes devem ser prestados tendo em consideração uma abordagem holística. Assim, através da incorporação da teoria de Watson e do Modelo TEEP, é possível providenciar esta abordagem holística, fundamental para cuidar de forma excelente.

A realização da presente reflexão escrita, permitiu refletir sobre a importância da teoria de Watson, do modelo TEEP e sobre a importância de ambos no contexto da prática, mais especificamente na UCIN. A reflexão, torna mais explícita o conhecimento que se adquiriu através da prática e permitiu desenvolver as unidades de competência comuns do enfermeiro especialista B.3.1: Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo e D1.1: Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2019), bem como as múltiplas competências de EEESIP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337447491>
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (4), 1-5.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: uma competência do enfermeiro. *Pensar enfermagem*, 18(2), 45-60.
- Regulamento N°351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2º série (N°119 de 22-07-2015), 16660-16665.
- Regulamento N°140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750.
- Tonin, L., Lacerda, M., Favero, L., Nascimento, J., Denipote, A. & Gomes, I. (2020). A evolução da teoria do cuidado humano para a ciência do cuidado unitário. *Research, society and development*, 9(9), 2525-3409.
- Tonin, L., Nascimento, J., Lacerda, M., Favero, L., Gomes, I. & Denipote, A. (2017). Guia para a realização dos elementos do processo clínico caritas. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-7.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: a theory of nursing*. (2a ed.), Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: the philosophy and praxis of nursing*. Colorado: University Press of Colorado

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação na reunião científica “Stress pós-traumático: A parentalidade após a neonatologia”

CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

**PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS**

**“STRESS PÓS-TRAUMÁTICO:
A PARENTALIDADE APÓS A NEONATOLOGIA”**

17 JANEIRO 2022



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Bárbara Cebola Ferreira esteve presente na Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” sob o tema “*Stress Pós-traumático: a parentalidade após a neonatologia*”, que decorreu no dia 17 de janeiro de 2022 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Bárbara Cebola Ferreira'.

Amadora, 17 de janeiro de 2022

Anexo II – Certificado de participação no curso “Terapêuticas inovadoras: perspectivas de enfermagem”



XXVII
JORNADAS
DE PEDIATRIA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
HOSPITAL DE SANTA MARIA



CERTIFICADO



Certifica-se que **Ana Bárbara Cebola Ferreira** participou no Curso “Terapêuticas Inovadoras - Perspectivas de Enfermagem” no dia 23 de fevereiro de 2022 no âmbito das XXVII Jornadas de Pediatria do CHULN.

21/03/2022

PROF. DOUTORA ANA ISABEL LOPES

Presidente das XXVII Jornadas de Pediatria do CHULN